

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН
ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

На правах рукописи

Ашурова Гулшан Намозовна

**Оптимизация хирургического лечения неотложных сочетанных
патологий органов брюшной полости и гениталия**

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности

3.1.9 - хирургия

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Махмадов Фарух Исроилович
Научный консультант:
кандидат медицинских наук, доцент
Раджабова Гулджахон Курбоналиевна

Душанбе – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	3
Введение.....	4
Глава 1. Современные аспекты диагностики и лечения неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталия (обзор литературы)	10
Глава 2. Материал и методы исследования.....	24
2.1. Общая характеристика клинических наблюдений.....	24
2.2. Методы исследования.....	37
Глава 3. Результаты собственных исследований.....	41
3.1. Влияние операционного стресса на состояние свободно-радикального окисления и антиоксидантной емкости крови у женщин с сочетанными неотложными патологиями органов брюшной полости и гениталия.....	41
3.2. Приоритетные виды микроорганизмов урогенитального тракта женщин при сочетанных неотложных патологиях органов брюшной полости и гениталия.....	46
3.3. Результаты инструментальных методов исследования.....	48
Глава 4. Диагностическая и хирургическая тактика при неотложных сочетанных патологиях органов брюшной полости и гениталия.....	55
4.1. Диагностическая тактика при неотложных патологиях органов брюшной полости и гениталия.....	55
4.2. Разработка способа профилактики опущения культи матки при лапароскопической ампутации.....	70
4.3. Сравнительный анализ результатов лечения женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия с использованием традиционных и малоинвазивных вмешательств.....	72
4.4. Разработка способа мини инвазивного лечения послеоперационных абсцессов.....	78
Заключение.....	83
Выводы.....	95
Практические рекомендации.....	96
Список литературы.....	97

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АА	антиоксидантная активность
АС	антиоксидантная система
ВЗОМТ	воспалительные заболевания органов малого таза
ВЗПМ	воспалительные заболевания придатков матки
ГКБ СМП	городская клиническая больница скорой медицинской помощи
ГУ	государственное учреждение
КТ	компьютерная томография
МЗ и СЗН РТ	министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
МРТ	магнитно-резонансная томография
МСКТ	мульти спиральная компьютерная томография
НСП	неотложные сочетанные патологии
ОА	оксидантная активность
ОБП	органы брюшной полости
ОЗГ	острые заболевания гениталия
ОП	острые патологии
ОС	окислительный стресс
ПВЦ	про воспалительные цитокины
ПЖ	перитонеальная жидкость
СРО	свободно-радикальное окисление
СО	симультантные операции
СП	сочетанные патологии
СР	свободные радикалы
УЗИ	ультразвуковое исследование

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Неотложные сочетанные патологии органов брюшной полости (НСП ОБП) и гениталия до сих пор составляет актуальную патологию, повседневно, требующего дискуссии, в структуре гинекологической заболеваемости [73,110,137,182], что по статистике, не имеет тенденции к снижению.

Актуальность НСП ОБП и гениталия заключается еще в том, что их последствия зачастую приводят к необратимым патологическим процессам, негативно влияющее на репродуктивную функцию женщин [17,46,65,98,144,178]. Вместе с тем, при данной сочетанной патологии отсутствуют отчетливые характерные особенности клинических проявлений и динамики течения, что закономерно усложняют раннюю диагностику и диффдиагностику, что часто заставляет хирургов или гинекологов оперировать этих женщин на стадии того или иного тяжелого осложнения [6,22,41,85,123,158]. Подобные случаи из-за гнойного очага, массивного спаечного процесса, порой заканчиваются различными интра- и послеоперационными осложнениями, и не позволяют выполнять радикальные операции [25,36,61,88]. Однако несмотря на изобилие научных публикаций, касательно данной проблеме, несомненно, многие её аспекты продолжают оставаться нерешенными [112,128,149,166].

Применяемая на сегодняшний день как диагностическая, так и хирургическая тактика введения женщин с НСП ОБП и гениталия, нередко оказывается неадекватной, т.к. частота диагностических ошибок на госпитальном уровне, достигает 37,2%, еще в 31,9% случаев, диагноз оказывается неполноценным, в том числе и определение степени тяжести доминирующего органа, что сказывается на объеме предоперационных мероприятий [114,153,161].

Кроме того, до сих пор не существует общепринятых объективных критериев, позволяющих определить степень риска органосохраняющих операций, отсутствуют четкие лабораторные критерии, определяющие

прогноз и риск возникновения послеоперационных осложнений. Ввиду того, судя по литературным данным, каждое 10-летие вносит свои коррективы в диагностические, клинические и тактические аспекты НСП ОБП и гениталия.

Именно важная роль в настоящее время отводится малоинвазивным технологиям, что в свою очередь ее эффективность зависит не только от своевременной диагностики сочетанной патологии, но и адекватного выбора тактики хирургического лечения, основанное на патогенетические аспекты заболевания.

Сложившаяся ситуация подтверждает необходимость дальнейшего изучения характера и частоты НСП ОБП и гениталия, изучение влияния операционного стресса на состояние свободно-радикального окисления и антиоксидантной емкости крови, а также определения приоритетных видов микроорганизмов урогенитального тракта женщин, при сочетанных неотложных патологиях органов брюшной полости и гениталия.

Цель исследования. Усовершенствование диагностики и хирургического лечения острых сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталия, применением малоинвазивной технологией.

Задачи исследования:

1. Изучить характер и частоту острых сочетанных хирургических патологий органов брюшной полости и гениталия.
2. Изучить влияние операционного стресса на состояние свободно-радикального окисления и антиоксидантной емкости крови у пациенток с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия.
3. Определить приоритетные виды микроорганизмов урогенитального тракта женщин при сочетанных неотложных патологиях органов брюшной полости и гениталия.

4. Провести сравнительный анализ результатов лапароскопических и традиционных методов лечения острых сочетанных хирургических патологий органов брюшной полости и гениталия.

Научная новизна. На анализе достаточного клинического материала были получены новые данные об эффективности современных технологий в диагностике и лечении сочетанных неотложных патологий органов брюшной полости и гениталия. На достаточно большом клиническом материале уточнено и систематизировано влияние операционного стресса на состояние свободно-радикального окисления и антиоксидантной емкости крови у пациенток с сочетанными неотложными патологиями органов брюшной полости и гениталия.

Предложены объективные критерии выбора этапности лапароскопических вмешательств у женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия. На основании определения приоритетных видов микроорганизмов урогенитального тракта, разработаны патогенетически обоснованные меры профилактики. Разработан лечебно-диагностический алгоритм ведения женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия. Разработаны объективные критерии выбора способов миниинвазивного лечения неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталия под УЗ-контролем и применением видеолапароскопии (патент РФ и рационализаторские предложения).

Практическая значимость работы.

Проведенное исследование расширило представление об эффективности современной технологии в диагностике и лечении женщин с сочетанными неотложными патологиями органов брюшной полости и гениталия. Анализ ближайших результатов лечения женщин с сочетанными неотложными патологиями органов брюшной полости и гениталия, доказали

эффективность тактики интраоперационного и послеоперационного применения разработанных методов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Анализ частоты и характера острых сочетанных хирургических патологий органов брюшной полости и гениталия свидетельствует, что ведущее место отводится сочетанию острого аппендицита и кисты правого яичника (33,3%), острого калькулезного холецистита и миомы матки (20,0%) и острого калькулезного холецистита, сопутствующей кистой яичника (18,3%);
2. Состояние про- и антиоксидантной системы периферической крови и перитонеальной жидкости у женщин с НСП ОБП и гениталия, характеризуется интенсификацией процессов ПОЛ с развитием явлений окислительного стресса, в частности с нарастанием в первые 24 часа после операций;
3. Неотложные сочетанные патологии органов брюшной полости и гениталия характеризуется преобладанием в этиологической структуре ассоциаций условно-патогенных аэробно-анаэробных микроорганизмов (39,4%), и малой информативностью общепринятых методов лабораторного исследования;
4. Применение дифференцированного подхода к женщинам с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия с применением видеолапароскопии, в значительной степени улучшают непосредственные результаты лечения.

Внедрение результатов исследования в практику

Разработанные способы диагностики и лечения, а также алгоритм диагностики и лечения неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталия внедрен в клиническую практику

хирургических отделений ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи», ГУ «Медицинский Комплекс Истиклол» и Родильный дом №2, г. Душанбе.

Материалы диссертации используются на лекциях и практических занятиях кафедр хирургических болезней №1 и кафедры акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

По материалам диссертации опубликовано 10 научных работ, из них 3 в журналах рекомендуемое ВАК РФ, получены 2 патента РТ на изобретение и 1 удостоверение на рационализаторское предложение.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы доложены на: Мат-лы II-ой Городской научно-практической конференции хирургов с международным участием (Душанбе, 2007); Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Роль современной медицинской технологии в улучшении качества жизни пациента» (Турсунзаде, 2007); 44th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 9th International Symposium (Seoul, Korea, 2019); XVIII International Euroasian Congress of Surgery and Hepatogastroenterology (Baku, 2019); ежегодной XXV-ой научно-практической конференции «Опыт и перспективы формирования здоровья населения» (Душанбе, 2019); Asian Congress of Robotic and Laparoscopic Surgery (Seoul, Korea, 2020); 46th Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery and 10th International Symposium in Conjunction with the Korean Association of Robotic Surgeons Congress Seoul, 2020); The Korean Society of Endoscopy & Laparoscopic Surgery 25th Anniversary & 48th Annual Congress & 11th International Symposium (Seoul, 2021); VIII Конгрессе Московских хирургов «Хирургия столицы: инновации и практика. Новая реальность» (Москва, 2021); обсуждены и доложены на заседании межкафедральной экспертно-проблемной комиссии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» (протокол №... от 01.07.2021).

Личный вклад автора. Диссертантом определены основные идеи исследования. Автор самостоятельно проанализировал современную литературу по изучаемой проблеме, архивный материал клиники, лично участвовал в проспективном комплексном обследовании и лечении женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия. Автором самостоятельно выполнена статистическая обработка полученных данных.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 120 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной материалам и методам исследований, 2 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 23 таблицами, 24 рисунками. Указатель литературы включает 199 источников, в том числе 98 на русском и 101 на иностранных языках.

**Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
НЕОТЛОЖНЫХ СОЧЕТАННЫХ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГЕНИТАЛИЯ
(обзор литературы)**

На современном этапе, оперативная гинекология направлена не только хирургическую коррекцию, но наряду с этим особое внимание отводится интенсификации коек гинекологических стационаров, снижению экономических затрат, а также расширению объема оперативных вмешательств [1,24,79].

Внедрение новой технологии с усовершенствованием ее диагностических возможностей, позволяют выявить несколько сочетанных заболеваний как органов брюшной полости, так и половой системы (согласно данным ВОЗ частота их встречаемости доходит до 20-30%), что обуславливает целесообразность их одновременного хирургического лечения.

Эффективность хирургической коррекции заболеваний органов брюшной полости (ОБП) и гениталий повышается при проведении симультанных вмешательств. С помощью видеолапароскопических технологий во время использования одного анестезиологического пособия можно выполнить 2 или 3 оперативных вмешательства на абдоминальных органах и гениталиях, что позволит избежать необходимость в проведении повторных хирургических вмешательств у пациентки и снизить, тем самым, операционно-анестезиологический риск, а также уменьшить эмоциональные расстройства и повысить качество жизни [11,45,76]. Учитывая изложенное, опубликованы немало исследований, касательно проблем сочетанных патологий ОБП и гениталия, особенности ее диагностики и тактики хирургического лечения.

Следует отметить, что с практической точки зрения, сторонников одномоментных операций, как патологии ОБП, так и гениталия, очень много,

что хирурги и гинекологи придерживаются указанной тактике [28,55,90,119, 177].

«Острый живот» является одним из часто встречаемых патологий, в целом, среди общих хирургических нозологий [13,19,38,64,139,178]. В совокупности литературные данные, в частности, данные клиник, занимающиеся сугубо неотложной хирургией ОБП, позволяют систематизировать статистику встречаемости острой патологии ОБП. При этом, несомненно, острый аппендицит возглавляя этот список, составляет 31,3% случаев, острый холецистит – 22,9%, а острый панкреатит замыкая тройку – составляет 22,6%. Язвенная болезнь, осложненное кровотечение варьирует в пределах 7,8-7,9%, ущемленная грыжа – 5,8%, ОКН – 5,7% и язвенная болезнь, осложненная перфорацией – 3,8% случаев.

Следовательно, немаловажным считается, то факт, что, более 75% доли «острого живота» приходится на первую «тройку» нозологий. Наряду с изложенным, большинства авторов особый акцент делают на так называемый «острый гинекологический живот», что зачастую сопутствуют острую хирургическую патологию ОБП [29,41,66,81,102,177].

Вместе с тем, частота ОГЗ, требующих неотложной помощи, не имеет тенденции к уменьшению, и по разным литературным данным достигает в пределах 24,0-26,6%, от общего количества патологии гениталия [29,41,66,81, 102,177]. Указанное актуально тем, что около 90% ОГЗ, составляют женщины детородного возраста, что проблему трансформирует в социальный характер [47].

Исследование многих авторов, доказали, что ОГЗ имеют прямую корреляционную зависимость от возраста женщин (охватывает ЖРВ), т.е. с увеличением возраста, соответственно и увеличивается острая патология гениталия [29,41,66,81, 102,177]. Касательно, изучению эпидемиологии ОГЗ, мы солидарны с мнениями крупных клиник Европы и Америки, что статистика неоднозначно, и, по сути, отражается косвенно [29,41,66,81, 102,177].

Наверняка последнее связано с разноречивостью статистики, подходов к определению ОГЗ в разных клиниках, т.к. приводимые в литературе данные по частоте встречаемости заболеваний абдоминальных органов и гениталий у женщин не показали убедительных результатов [29,41,66,81,102,177]. Вместе с тем, как в отечественной, так и зарубежной литературе, исследователи акцентируют на важность дифдиагностики «острого живота», т.к., в частности, ее сопутствует ОГЗ [11,27,55,80,111,162].

Несмотря на прогрессивную перспективу хирургии, проблема своевременной дифдиагностики ОГЗ, на фоне «острого живота», остается весьма дискуссионной, при этом на сегодняшний день единственным методом считается - видео лапароскопический, который, во-первых, всё же является инвазивным методом, требующим общей анестезии, и во-вторых – до сих пор метод недоступен в отдаленных регионах ряд стран [29,41,66,81,102,177].

Клиника ОГЗ и ее частое сочетание с ОП ОБП, которые требуют дифдиагностики и решения этапности оперативного лечения, наверняка обоснуется их единственным патофизиологическим механизмом [29,41,66,81, 102,177]. Последнее не позволяет специалисту своевременно дифференцировать первичную ОХП, тем самым определить верную тактику, что являются основными причинами задержки операций, и при отсутствии видеолапароскопа – и неверность доступа на передней брюшной стенке [29,41,66,81, 102,177].

Указанные обстоятельства лишней раз подтверждают разноречивость статистики точного дооперационного диагноза острый аппендицит среди мужчин и женщин, что соответственно составляют 88,6%-90,0% и 71,7% - 75,3% случаев [29,41,66,81,102,177]. Вместе с тем, как показывает статистика, в частности «напрасные» аппендэктомии, произведены из-за неверной дифдиагностики ОГЗ, что достигает до 30% (для сравнения этот показатель у мужчин варьирует в пределах 8,5-9%) [29,41,66,81,102,177].

Одним из узловым моментом насыщенной статистики сочетанных патологий ОБП и гениталия, считается внедрение видеолапароскопии, что несомненно играла важную роль как в диагностике, так и в малоинвазивном лечении этой часто встречаемой сочетанной патологии [29,41,66,81, 102,177]. Ведущее место среди сочетанных ОП ОБП и гениталия, занимает ОА, что по разным данным составляет до 41%, среди всех симультанных операций [43].

Не парадоксально, что последнее связано именно с анатомической взаимосвязи ЧО и ОГ, т.е. имеется непосредственный лимфатический путь между ЧО и правыми придатками, что создает благоприятные условия для передачи инфекции от одного к другому соседнему органу [117,133]. Однозначно сочетание ОП ОБП и гениталия находятся на высоких уровнях (данные ВОЗ, 20-30%), что несомненно в свою очередь требуют одновременной коррекции [29,41,66,81,102,177].

Jennifer A. Jocko, Hassan Shenassa и соавт. (2013) [187], с целью изучения показания, а также сопутствующие патологии и осложнения аппендэктомии, выполняемой во время гинекологических вмешательств, провели ретроспективный анализ 71 случаев проведенных симультанных аппендэктомий, наряду с острыми патологиями гениталия. Все женщины оперированы с первичными гинекологическими хирургическими патологиями, среди которых наиболее часто встречалась эндометриоз, тазовая боль и тазовая масса. В целом, в 42 (59%) случаев, исследования имели аномальную гистопатологию в приложении. Из 44 женщин с первичным диагнозом эндометриоз у 28 (64%) имелось картина деструкции червеобразного отростка. Среди женщин с хронической тазовой болью у трех (38%) из восьми – отмечена макроскопическая картина острого аппендицита. При этом, Jennifer A. Jocko отмечает, что из всех удаленных отростков, которые макроскопически казались нормальными, независимо от диагноза, в 44% имели деструкцию при морфологическом ее исследовании.

На основе проведенного ретроспективного исследования, авторы пришли к выводу, что при применении структурированного подхода к оценке

аппендикса, во время гинекологических хирургических вмешательств, с удалением, по показаниям может быть обнаружена высокая частота патологии. При этом у авторов не было отмечено осложнений, непосредственно связанных с аппендэктомией, что подтверждает утверждение о том, что соответствующим образом обученные гинекологи могут безопасно выполнять аппендэктомию. Результаты этой канадской серии соответствуют предыдущим отчетам и подтверждают необходимость оценки и удаления аппендикса при показаниях во время гинекологической операции.

В этом контексте, Jung Hun Lee с соавт. (2011) [158] при ретроспективном исследовании 356 женщин, перенесших лапароскопическую операцию по поводу эндометриоза с аппендэктомией (группа аппендэктомии, n=172) или без нее (группа без аппендэктомии, n=184), стремились изучить безопасность и эффективность лапароскопической случайной аппендэктомии.

Основными критериями оценки результатов были продолжительность операции, изменение гемоглобина, пребывание в больнице, восстановление активности кишечника и любые осложнения. Вторичным результатом была гистопатология аппендикса. По результатам исследования авторов, не было статистических различий между группами по продолжительности операции, послеоперационным изменениям концентрации гемоглобина, пребыванию в больнице, восстановлению активности кишечника или частоте осложнений.

Из 172 удаленных отростков, у 52 (30,2%) были гистопатологически подтвержденные патологические изменения, включая эндометриоз отростка у 16 (9,3%). Указанное дало основание авторам, заключить, что случайная аппендэктомия во время лапароскопической операции по поводу эндометриомы, не увеличивает операционную заболеваемость и имеет большое диагностическое и профилактическое значение. Однако эти доводы требуют дальнейшего рандомизированного исследования на большом клиническом материале.

Мнения, касательно попутной аппендэктомии, в частности при острых патологиях гениталия, на сегодняшний день разноречивые, однозначно единого консенсуса и быть не может. Так как в публикаций турецких ученых, посвященной именно этой проблеме, Sami Akbulut и соавт. (2020) [140] определены гистопатологические особенности образцов случайной аппендэктомии у 1910 пациентов, перенесшие гепатэктомию от живого донора. Попутная аппендэктомия вместе с гепатэктимией от живого донора была выполнена в 170 случаев. Решение о случайной аппендэктомии приняли опытные желудочно-кишечные хирурги. Гистопатологические особенности образцов аппендэктомии были проанализированы двумя патологами. В результате неизменные червеобразные отростки выявлены в 137 (80,6%) случаев, а в остальных 33 (19,4%) наблюдений были выявлены различные деструктивные изменения. В связи с изложенным, авторы рекомендуют в обязательном порядке при выполнении вмешательств на органах брюшной полости, проводит тщательный осмотр и при необходимости следует выполнять аппендэктомию. При этом авторы убеждены, что даже если макроскопическая картина отростка визуально кажется нормальным, гистопатологические исследования облегчают раннюю диагностику множества необычных заболеваний аппендикса.

Casey A. Boyd и Taylor S. Riall (2012) [109] в случае из практики, касательно дифференцированному подходу у пациенток с острыми патологиями органов гениталия, продемонстрировали 24-летнюю женщину с 48-часовой историей боли в животе, локализующейся в правом нижнем квадранте. Женщина при госпитализации сообщала о лихорадке до 38,9°C, что сопровождалась тошнотой и рвотой. При физикальном осмотре живот болезнен в нижних квадрантах с обеих сторон, справа больше, чем слева.

Несмотря на то, что клиника больше соответствовало острому аппендициту, дифференциальный диагноз включала тубо-яичниковый абсцесс, пиосальпинкс, внематочную беременность, эндометриоз, разрыв или геморрагическую кисту яичника, перекрут яичника (нормального яичника,

кисты яичника или новообразования яичника), и перекрут или дегенерация миомы матки. По мнению авторов, подробный анамнез и физикальное обследование - это первые шаги в определении причины боли в животе. Возраст пациентки, менструальный и сексуальный анамнез дополнительно уточнят дифференциальный диагноз.

Таким образом, авторы подчеркивают, что причины острой боли в животе разнообразны, и диагноз не так ясен, как может показаться, особенно у пациентов женского пола. Системный подход к лечению таких пациентов может привести к своевременной и точной диагностике и надлежащему лечению.

Анализ 107 больших симультанных операций на ОБП, при исследовании А.А. Курыгина и В.В. Семенова (2016) [157], показали, что по сравнению с 2-х этапными вмешательствами, имеют высокую экономическую эффективность.

Последнее обоснуется одноэтапным проведением планового обследования перед хирургическим вмешательством, снижением расходов на лекарственные средства и проведение лабораторно-инструментальных исследований, выполняемых после хирургического вмешательства, заметным сокращением койко-дней и периода трудоспособности.

Авторами предложены формулы для оценки экономической эффективности симультанных операций в системе платного медицинского обслуживания и системе оказания медицинской помощи с использованием платного медицинского страхования. Эффективность больших операций составила 40 766 руб., а при среднем объеме вмешательств - 25 382 руб.

Непарадоксально, что вся живая система на Земле в основном использует кислород для сжигания метаболического топлива и соответственно, получения энергии. Токсичность кислорода в значительной степени связано с образованием СР в живые системы [174,183]. Стресс также отвечает за генерацию СР, что зачастую к этому причастны радикалы и

окислительное повреждение, что являются результатом нарушения обмена веществ, дезадаптации и многих заболеваний.

Широко распространено мнение [174,183], что причиной многих хронических заболеваний являются СР, вызванные стрессом, и вызванное ими окислительное повреждение.

Obukhova O.O. и соавт. (2019) [120] в своих исследованиях, проведенных среди 50 пациенток репродуктивного возраста, страдающих бесплодием и с наличием хронических воспалительных патологий органов малого таза в стадии ремиссии, изучили уровень содержания цитокинов в жидкостном содержимом брюшной полости. Возраст женщин варьировал от 23 до 36 лет. В качестве контрольной группы были выбраны 15 практически здоровых женщин аналогичного возраста.

Уровень содержания таких цитокинов, как фактор некроза опухоли- α , интерлейкины 4, 6 и 10, интерферона- γ , MCP-1 в жидкостном содержимом брюшной полости определяли с помощью иммуноферментного анализа. В основной группе женщин с трубно-перитонеальным бесплодием было выявлено повышенное содержание в перитонеальной жидкости TNF- α , интерлейкинов 4 и 6, IFN- γ , MCP-1. По мнению Obukhova O.O. и соавт., данные цитокины принимают активное участие в возникновении иммунной реакции. Данный факт обуславливает латентное формирование иммунной реакции в ответ на непрерывную антигенную стимуляцию из зон хронического воспалительного поражения, что является существенным фактором развития спаек в формировании бесплодия и требует включения методов иммуотропной терапии в лечении.

Необходимо отметить, что симультанные операции чаще производятся случайным образом, и нередко используются при заболеваниях органов малого таза. Однако, существует немалое количество отрицательных факторов, которые обуславливают относительно высокую частоту послеоперационных осложнений. В то же время, в большинстве случаев в акушерских клинических учреждениях имеются только гинекологические

отделения при отсутствии хирургических, в связи с чем не всегда представляется возможным проведение таких оперативных вмешательств [2,19,47,94].

За последние 20 лет широко стали использоваться лапароскопические вмешательства, которые позволили проводить и симультанные операции. При этом, наиболее предпочтительным при СО, проводимых на органах брюшной полости, считается использование видеолапароскопических технологий, благодаря своей меньшей инвазивности, возможности уменьшения сроков реабилитации и более лучшему косметическому эффекту. Даже сочетание технически сложных и больших по своему объёму оперативных вмешательств, с выбором наиболее рациональных точек проколов, делает СО весьма эффективными, и с минимальным риском того или иного осложнения, которое имеет высокую вероятность при традиционных хирургических вмешательствах [7,22,65,119,147].

Среди общего числа экстрагенитальных хирургических заболеваний у пациенток с ОЗГ, ведущее место занимают ГПБС (35,1%), ОКХ (27,1%) и ОА (25,3%) [2, 64,120]. По данным некоторых исследователей, среди общего числа всех СО сочетание ОА с ОЗГ встречается в 21,7-41% случаях, что связывают с анатомическим строением лимфатической системы [27,91].

В последнее 10-летие наблюдается четкая тенденция к росту числа пациенток с сочетанием ММ (и ее осложненных форм), и ЖКБ, что по разным данным варьирует в пределах 12,7-20% [9,42]. При этом большинства авторов показанием к ЛХЭ с сочетанием ОЗГ, ставят группам риска I, II и III степени иска по ASA.

Осложненные внутрибрюшные инфекции (ОВИ) являются важной причиной заболеваемости и смертности, особенно при некорректном лечении.

Для подтверждения указанного Massimo Sartelli и соавт. (2017) [188] в своих многоцентровом обсервационном исследовании, проведенном в 132 медицинских учреждениях по всему миру в течение 4-месячного периода,

изучали 4553 пациента с ОВИ. Общая смертность в этом исследовании составила 9,2%. Авторы на основе большого клинического материала, представили руководства - основанную на фактах международной консенсусной позиции по управлению ОВИ, основанную на сотрудничестве группы экспертов, с целью продвижения стандартов оказания помощи при управлении ОВИ во всем мире.

Утверждения сформулированы и классифицированы в соответствии с иерархией доказательств по оценке, разработке и оценке рекомендаций (GRADE), представленной Гайяттом и его коллегами [174].

По мнению авторов, ключевыми факторами в эффективном лечении ОВИ являются: своевременная диагностика, адекватная реанимация, раннее начало соответствующей антибактериальной терапии, ранний и эффективный контроль источника и, наконец, переоценка клинический ответ и соответствующая корректировка стратегии ведения.

В настоящее время, стресс рассматривается как процесс расстройства биохимического гомеостаза, возникший вследствие психофизиологических нарушений либо под воздействием неблагоприятных факторов окружающей среды [24]. К стрессовым факторам относится любой фактор (социального характера, физиологического или физического характера), который для организма представляется угрожающим либо вызывающим, либо требующим. К тому же, возникновение стрессовой для организма ситуации запускает процесс активации нейрогормональных регуляторов, позволяющих сохранить нормальное состояние гомеостаза [28]. Но в случае длительного воздействия стрессового фактора, возможно формирование выраженного изменения энергетического баланса, что в результате может привести к ослаблению адаптационных механизмов и снижению устойчивости организма к инфекционным агентам [11,38,59].

В литературе приводятся разные мнения относительно дистресса, стресса и оксидативного стресса. Дистресс представляет собой физиологическую реакцию, запускающую процессы адаптации организма

[34]. Под термином стресс, как правило, понимается оксидативная форма стресса. При любом нарушении гомеостатического баланса происходит повышенная выработка СР, значительно превышающего детоксикационные способности локальных тканей [44]. Продуцируемые в большом количестве СР впоследствии начинают взаимодействовать с другими внутриклеточными молекулами, что приводит к окислительной деструкции белков, мембран и генов. В результате этого возникают такие патологии, как кардиоваскулярные заболевания, нейродегенеративные и опухолевые заболевания, а также активизируются процессы старения организма.

По своей сути СРО относится к разряду физиологических процессов, которые принимают участие в регуляции мембран клеток и обеспечивают нормальное состояние гомеостаза клетки [3,19,74,88,138,189]. Процессы пероксидации липидов, выраженность влияния продуктов ПОЛ в патологических условиях, контролируются интрацеллюлярной АС [8,37,171], а эндогенно образующиеся в нерегулируемой концентрации СР и продукты пероксидации липидов, и являются эндотоксинами [14,81,105,144,173]. Установлено, что повышенная активность процессов СРО неблагоприятно отражается на течении воспалительных патологий, результатах их терапии и исход [19,50,69,77]. Оксидативный стресс и пероксидация липидов представляют собой механизмы, сопровождающие процессы воспалительного поражения [23,36,81,160].

В.А. Бурлев с соавт. (2014) [21] на основании обследования 110 женщин, страдающих бесплодием и наличием спаечного процесса в тазовой области, обнаружили наличие изменений со стороны фенотипических свойств мезотелиальных клеток и ремоделирование процессов ангиогенеза, что может быть обусловлено различными этиологическими факторами.

Формированию спаек благоприятствует слабая противовоспалительная активность (SOCS1) перитонеальных клеточных структур и повышенная активность интерлейкинов 6, 1 α , 6 α и gp130. Таким образом, учеными

были выделены различные типы спаек в зависимости от уровня провоспалительной и противовоспалительной активности.

В своем огромном литературном обзоре Anu Rahal, Amit Kumar и соавт. (2014) [169], касательно окислительного стресса, прооксидантов, антиоксидантов и их взаимодействия, пришли к выводу, что окислительный стресс - это нормальное явление в организме. Таким образом, окислительный стресс может расцениваться как нарушение равновесия между содержанием прооксидантных и антиоксидантных веществ в организме. В течение последних десятилетий вопросы относительно окислительного стресса вызывали повышенный интерес у исследователей-биологов по всему миру. В обзоре авторы, ссылаясь на данные ведущих клиник мира, обсуждают значимость оксидативного стресса в процессах роста и развития организма человека, а также его роль в развитии различных патологий, прежде всего, онкологического и аутоиммунного характера.

Таким образом, Anu Rahal, Amit Kumar и соавт., пришли к выводу, что тщательное изучение биохимии и общей химии может помочь специалистам более полно проанализировать процессы взаимодействия между оксидативным стрессом, прооксидантными и антиоксидантными веществами.

Согласно данным некоторых ученых, особое место в формировании ОЗГ, занимают бактериоиды, пептострептококки и их сочетание с микоплазмами и гарднереллами, а также факультативно-анаэробные бактерии [6,15,58,179]. Есть и исследования, которые доказали причастность в развитии заболеваний женских половых органов таких условно-патогенных бактерий, как: уреоплазма, Гарднерелла вагиналис / *Prevotella/ Porphyromonas* spp. и энтеробактерии [188].

А.Л. Унанян и Ю.М. Коссович (2012) [92] при исследовании женщин с не вынашиванием беременности, на фоне хронического эндометрита, бактериальную контаминацию полости матки обнаружили - в 12,3% случаев, бактериально-вирусную – в 55,6%, моновирусную - в 31,9%.

Ю.А. Лызикова и соавт. (2017) [57] исследовали у 40 женщин репродуктивного возраста особенности микрофлоры в области половых путей и эндометрия, а также изучили их роль в развитии заболеваний органов репродуктивной системы. В основную группу авторы включили 12 (30,0%) пациенток, у которых имелись заболевания репродуктивной системы, в качестве контроля авторы обследовали 28 (70,0%) практически здоровых женщин. В основной группе больных почти в 50% случаев были обнаружены аэробные патогены в области половых органов, а в 33% случаев ДНК патогенов были обнаружены в эндометрии у пациенток. Почти у каждой четвертой пациентки из основной группы в области эндометрия было обнаружено сочетание ДНК *Streptococcus spp.* и *Staphylococcus spp.*, принимающих активное участие в развитии в перинатальном периоде осложнений инфекционного характера.

Стоит отметить, что в основной группе больных в 9,3 раза чаще обнаруживались возбудители ИППП по сравнению с контрольной группой женщин. ДНК *Chlamydia trachomatis* были обнаружены исключительно у женщин из основной группы. В половине случаев у пациенток из основной группы был установлен бактериальный вагиноз, тогда как в группе контроля данная патология встречалась значительно реже – только в 7,14% случаев.

Вопрос о необходимости проведения симультанных операций должен быть согласован с пациенткой с получением от нее письменного информированного согласия. Следовательно, необходимо определить приоритетные виды микроорганизмов урогенитального тракта женщин с неспецифическими поражениями органов брюшной полости и репродуктивной системы. Провести сравнительный анализ одноэтапных и симультанных хирургических вмешательств, на основе разработанного алгоритма лечения, выбора адекватного этапа малоинвазивных вмешательств, что позволяет значительно уменьшить количество интраоперационных и послеоперационных осложнений, послеоперационную

реабилитацию и, тем самым, улучшить качество жизни женщин, в частности репродуктивного возраста.

Глава 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика клинических наблюдений

Настоящее исследование выполнялось среди 240 женщин с сочетанными острыми патологиями ОБП и гениталия, поступивших в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» и в ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» и Родильный дом №2 г. Душанбе, являющихся клиническими базами кафедры хирургических болезней №1 и акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период 2012 по 2020 годы. Следует отметить, что более 87,0% женщин с сочетанными ОП ОБП и гениталий составили пациентки детородного возраста. Женщины старших возрастных категорий (старше 50 лет) - 12,5% (табл. 1).

Таблица 1. – Возрастная характеристика женщин с сочетанными острыми патологиями ОБП и гениталий, асб (%)

Возраст, лет	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=120)		Всего (n=240)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
17-20	12	10,0	9	7,5	21	8,8
21-30	41	34,2	37	30,8	78	32,5
31-40	33	27,5	32	26,7	65	27,1
41-50	20	16,7	26	21,7	46	19,2
51 и >	14	11,7	16	13,3	30	12,5
Средний возраст (M±SD)	27,6±11,9		27,9±11,4			
Средний возраст	26,4±11,1					

Примечание: p>0,05 при сравнении между группами

По частоте сочетания ОП ОБП и гениталия, превалировало острый аппендицит и различные осложненные формы кисты правого яичника, что

составило 33,3% (n=80) пациенток. Наряду с этим встречались такие сочетания, как ОКХ + миома матки - 20,0%, ОКХ + киста яичника – 18,3%, осложненные формы миомы матки + грыжи ПБС – 13,7%, осложненные формы кисты яичника + грыжи ПБС – 7,9%, осложненные формы кисты яичника + спаечная болезнь – 6,7% (табл. 2).

Таблица 2. – Характеристика сочетаний острых патологий органов брюшной полости и гениталия, абс (%)

Сочетание анатомических зон	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=120)	
	Абс.	%	Абс.	%
ОА + киста правого яичника	39	32,5	41	34,2
ОКХ + ММ	25	20,8	23	19,2
ОКХ + киста яичника	23	19,2	21	17,5
ОФММ + Грыжи ПБС	15	12,5	18	15,0
ОФКЯ + Грыжи ПБС	9	7,5	10	8,3
ОФКЯ + СБ	9	7,5	7	5,8

Примечание: $p > 0,05$ при сравнении между группами

Анализ частоты и характера встречаемости ОП ОБП и гениталия, показывает стабильную госпитализацию женщин в хирургические отделения, что вполне соответствует литературным данным. Однако, среди нозологий, преобладающей острой гинекологической заболеваниями, являются острые патологии яичника, что сопутствовали деструкции червеобразного отростка (n=80), ОКХ (n=44) и миома матки (n=48). В целом, сочетание ОП в таком ракурсе, однозначно частое, среди сочетаний других органов и систем, которые требуют особого подхода, как в плане очередности, так и тактики хирургического лечения (рис. 1).

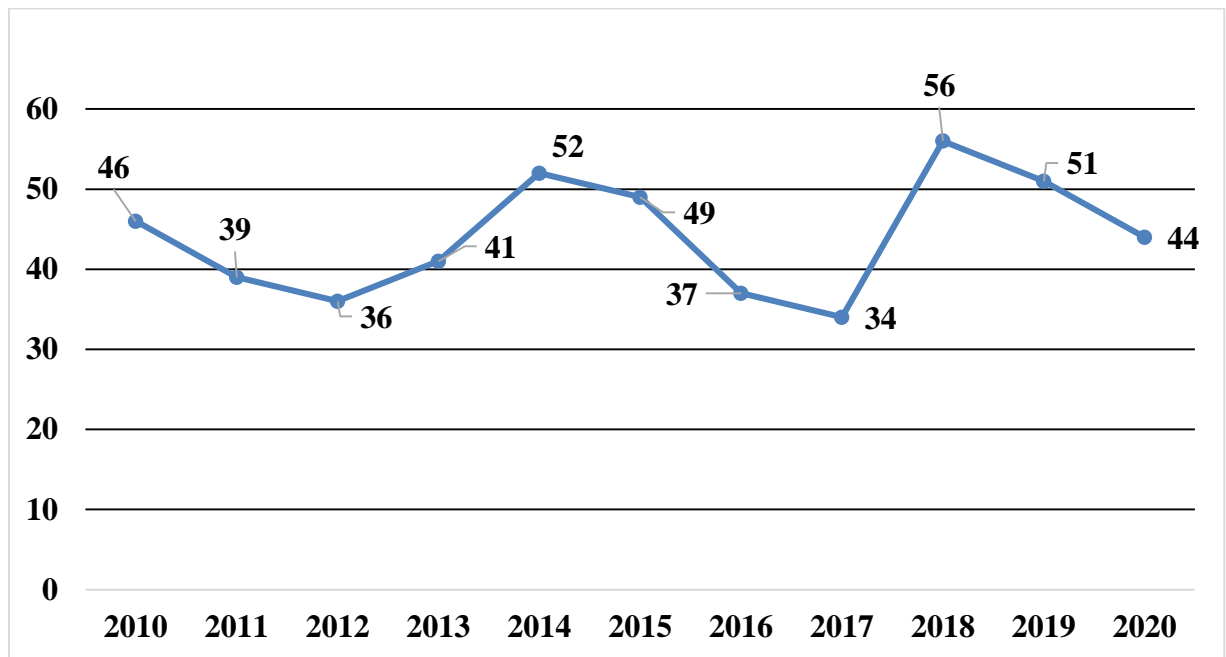


Рисунок 1. - Статистика госпитализации пациенток с ОП ОБП и гениталия за период 2010-2020 годы

Судья по характеру встречаемости сочетанных ОП ОБП и гениталия, ведущее место отводится острому аппендициту, которой сопутствует киста правого яичника, что за последние 11 лет варьировали в пределах 32,3-36,9%. Практически все женщины (n=76) с этим диагнозом первично обратились в приемное отделение хирургического стационара с диагнозом «острый аппендицит». Наличие сочетанных патологий диагностирована в 94,7% (n=72) наблюдений. В 4 (5,3%) случаев сочетание диагностирована на операционном столе. Вторым по характеру сочетаний оказалось острый калькулезный холецистит, сопутствующей миомой матки, что варьировала в пределах 11,5-20,0% случаев. Сложность в постановке своевременного диагноза и доминирование того или иного органа у этой категории женщин, не инвазивными методами, порой очень сложно, что заставляет специалистов прибегнуть к инвазивным методам диагностики, что являются весьма травматичными (рис. 2).

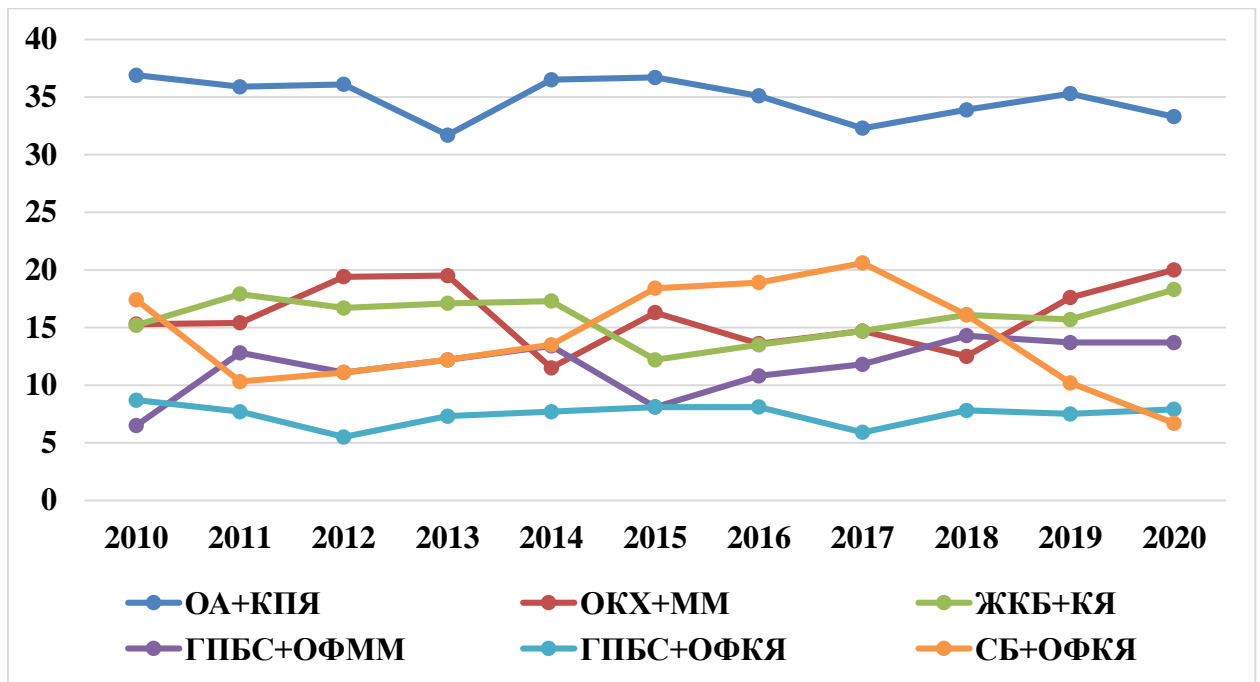


Рисунок 2. - Характер сочетанных ОП ОБП и гениталия за период 2010-2020 годы

Примечание: OA + КПЯ – острый аппендицит + киста правого яичника; ОКХ + ММ – острый калькулезный холецистит + миома матки; ЖКБ + КЯ – желчнокаменная болезнь + киста яичника; ОФММ + ГПБС – грыжи передней брюшной стенки + осложненные формы миомы матки; ОФКЯ + ГПБС – грыжи передней брюшной стенки + осложненные формы кисты яичника; ОФКЯ + СБ – осложненные формы кисты яичника + спаечная болезнь

Ранее проводимые исследования показывают, что социальная занятость женщин, в частности репродуктивного возраста, имеет немаловажное значение, как для ранней диагностики, так и проявления некоторых сочетанных патологий ОБП и гениталия. В исследованном материале 148 (61,7%) женщин оказались домохозяйками, что среди них 99 (66,9%) – сельские жители. Следовательно, основная масса пациенток (80,8%) первично обратились в хирургические стационары с диагнозом «острый живот». Лишь 46 (19,2%) женщин первично обратились в гинекологические отделения родильных домов, и после осмотра врача-гинеколога, для исключения ОПХ, направлены в хирургические отделения. Учитывая особенность клинического течения «острого живота» и проявлений ОГЗ, женщины, в основном были доставлены в

удовлетворительном (n=81) и средней степени тяжести (n=153) состояния. В тяжелом состоянии госпитализированы лишь 6 (2,5%) женщин (рис. 3).

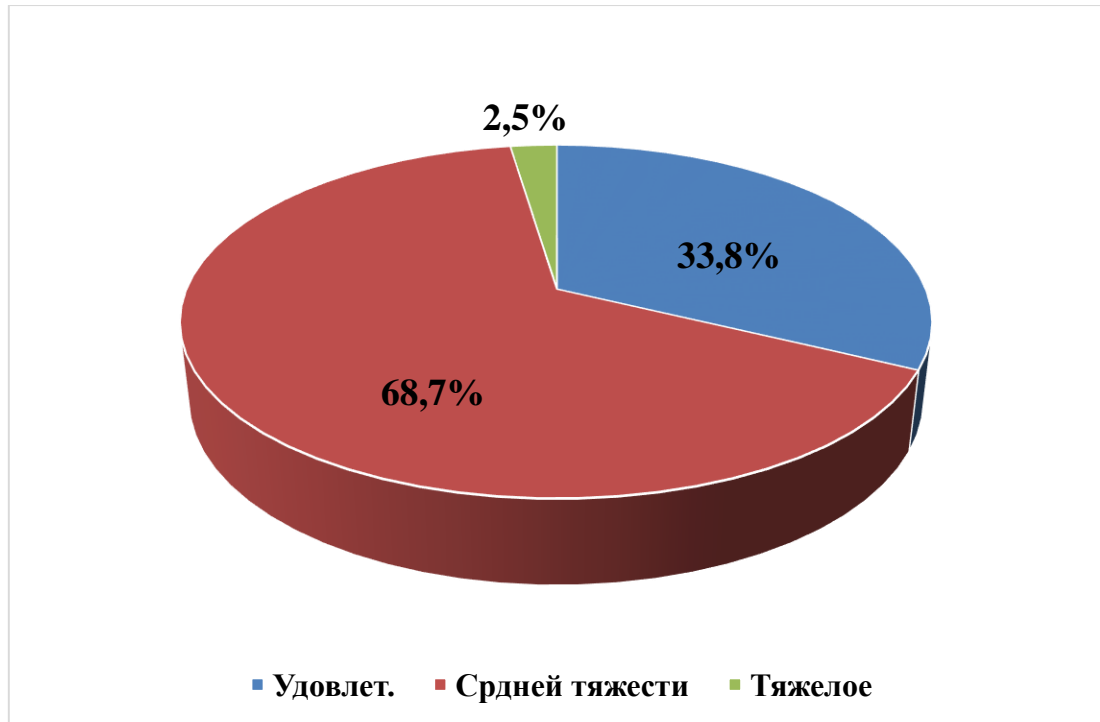


Рисунок 3. - Тяжесть состояния женщин с сочетанными острыми патологиями ОБП и гениталия при поступлении

Закономерно, пациентки с острыми патологиями ОБП и гениталия, в основном госпитализированы в первые 48 часов от момента заболевания. Особый интерес поступивших женщин представляло, 33,8% - которые были доставлены в удовлетворительном состоянии, что позволило провести дифференциальную диагностику, и комплексное обследование, совместно с врачами гинекологами. Указанное обстоятельство в свою очередь высказывалось на такой фактор, как длительность нахождения женщин в отделении приемного покоя., что в среднем составило 4,5-5 часов.

Непарадоксально, что узловым моментом, непосредственно влияющий на исход любой неотложной патологии, считается промежуток времени, от момента возникновения того или иного осложнения острой патологии, до проведения операции. Касательно чего, проведено сравнительная оценка промежутка времени, между группами (табл. 3.).

Таблица 3. - Сроки от начала заболевания до операции (n=240)

Группы	Время от момента возникновения осложнений острой патологии ОБП и гениталий							
	До 6 часов		До 12 часов		До 24 часов		> 24 часов	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Основная	3	1,2	11	4,6	37	15,4	69	28,8
Контрольная	3	1,2	12	5,0	33	13,8	72	30,0
Всего	6	2,5	23	9,6	70	29,2	141	58,8

До 24 часов госпитализированы 51 (42,5%) женщин основной и 48 (40,0%) – контрольной. К этой категории относились в основном осложненные формы ОЗГ, как осложнение патологии яичника (разрыв, перекрут – 13 и 14 женщин соответственно), осложненные формы миомы матки (некроз миоматозного узла, кровотечение – 12 и 13 женщин соответственно), так и острый аппендицит (26 женщин в основной группе, 21 - в контрольной).

Первичный до госпитального осмотра специалиста, а также способ транспортировки пациенток с неотложными сочетанными патологиями ОБП и гениталия, в целом значимо, как в плане своевременной диагностики, выбора правильной тактики и этапности операций, а также профилактики осложнений (табл. 4.).

Таблица 4. - Вид транспортировки больных с неотложными сочетанными патологиями ОБП и гениталия в сравниваемых группах (n=240)

Наименование групп	СМП		Попутный транспорт		Женская консулт.		ЛПУ	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Основная (n=120)	56	46,7	34	28,3	21	17,5	9	7,5
Контрольная (n=120)	49	40,8	41	34,2	23	19,2	7	5,8
Итого	105	43,8	75	31,3	44	18,3	16	6,7

Примечание: $p > 0,05$ при сравнении между группами

Анализ характера поступления больных в стационар показал (табл. 4), что 43,8% женщин были доставлены бригадой СМП (46,7% и 40,8%, соответственно, в сравниваемых группах). При этом 18,3% женщин госпитализированы в хирургические отделения, после осмотра врача гинеколога женской консультаций или амбулатории по месту жительства (17,5% и 19,2%, соответственно). Вместе с тем, 31,3% пациенток доставлены попутным транспортом с острым болевым синдромом в животе.

С анамнеза, жалобы в область гипогастрии имелись у 72 (60,0%) женщин основной и 76 (63,3%) – контрольной группы. В остальных 40,0% (n=48) женщин основной группы, и 36,7% (n=44) – контрольной, болевой синдром имел характер печеночной колики, а ГП диагностированы при обследовании.

Следует отметить, что из-за того, что при обработке данных, касательно длительности нахождения женщин в приемном отделении, полученные данные не подчиняются законам нормального распределения, последнее проводился с привлечением описательных методов непараметрической статистики. Таким образом, медиана (Me) длительности постановки диагноза, обратившиеся женщины с неопределенным болевым синдромом в животе - 4 часа 37 минут, нижний квартиль (Q25) – 2 часа 03 минут, верхний квартиль (Q75) – 6 часов 17 минут.

Такие факторы, как продолжительность операции, промежуток времени от начала заболевания до операции и правильный выбор способа вмешательства, которые, по сути, являются определяющими, мы отнесли к значимым предикторам исхода заболевания у женщин с сочетанными НП ОБП и гениталия.

В целом, среди исследуемых женщин основной группы в 69 (57,5%) наблюдениях верифицирован первичный или доминирующий диагноз ОП ОБП, когда в контрольной группе этот составило 59,2% (рис. 4).

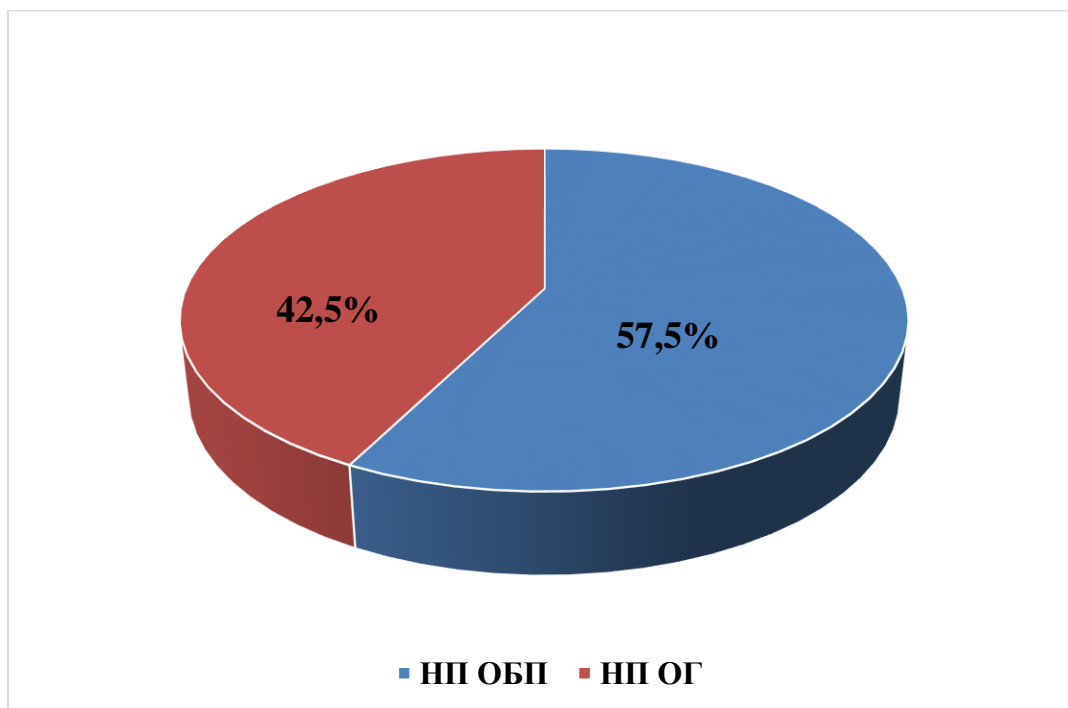


Рис. 4. - Верификация первичного диагноза у женщин основной группы

Примечание: НП ОБП – неотложная патология органов брюшной полости, НП ОГ – неотложная патология органов гениталия

До проведения операций и выбора тактики хирургического лечения у 40 (33,3%) женщин с миомой тела матки (n=25) и ее осложненных форм (n=15) тщательно изучали репродуктивный анамнез, что по сути и определяло объем проводимого вмешательства, включая органосохраняющие и орган удаляющие (табл. 5).

Таблица 5. – Характеристика репродуктивного анамнеза женщин основной группы с миомой матки и ее осложненных форм в группах (n=40)

Данные анамнеза	Миома матки (n=25)		Осложненные формы ММ (n=15)	
	Абс.	%	Абс.	%
Общее число беременностей	n=57		n=39	
Эктопическая беременность	3	5,3	2	5,1
Искусственное прерывание бер.	13	22,8	9	23,1

Продолжение таблицы 5.				
Самопроизвольный выкидыш	6	10,5	4	10,3
Естественные роды	31	54,4	21	53,8
Кесарево сечение	4	7,0	3	7,7

Примечание: $p > 0,05$ при сравнении между группами

Анализ данных репродуктивного анамнеза женщин основной группы (табл. 5), показывает, что в группе женщин с неосложненной миомой матки, число беременностей составляет 57 (в среднем 2,3 беременности на женщину), а в группе с осложненными формами миомы матки - 39 (соответственно, 2,6 беременности на женщину). Наиболее значимым показателем, для женщин с миомой матки следует считать такие показатели, как эктопическая беременность ($n=4$), искусственное прерывание беременности ($n=21$), самопроизвольный выкидыш ($n=8$) и оперативные роды или кесарево сечение ($n=7$), что в целом в обеих группах составило 54,2% случаев.

Показаниями к оперативному лечению у женщин с неосложненными формами миомы матки ($n=25$) служили выраженные клинические проявления с анамнеза заболевания (с учетом изучения амбулаторной карты наблюдения) (табл. 6).

Таблица 6. – Клинические проявления миомы матки у женщин основной группы, сопутствующие острый калькулезный холецистит ($n=25$)

Клинические проявления из анамнеза	Количество женщин ($n=25$)	
	Абс.	%
Болевой синдром	14	56,0
Менометроррагии	12	48,0
Большие размеры миомы	9	36,0
Бесплодие	7	28,0

Продолжение таблицы 6.

Отмеченный рост миомы	6	24,0
Нарушение функции соседних органов	4	16,0

Всем женщинам с миомой матки в обязательном порядке проведены влагалищные исследования, где наряду с другими признаками, указывающее об ОЗГ, и определили величину матки, что имело немаловажное значение в выборе показаний, объема и способа операции (табл. 7).

Таблица 7. – Величина матки у женщин основной группы, сопутствующие острый калькулезный холецистит (n=25)

Величина матки, в недель	Количество женщин (n=25)	
	Абс.	%
3-15 недель	16	64,0
16 и более недель	9	36,0
Средняя величина матки (M±m), недели	23,24±3,02	

До операции, путем влагалищного исследования была выявлено, что размеры матки у женщин с миомой, варьировали от 3 до 26 недель. Вместе с тем женщин, размер матки достигающее больших размеров (16 и более недель) составила 36,0% случаев, что требовало особых подходов при выполнении лапароскопических ампутаций матки, в частности на этапе извлечения макропрепарата.

Наряду с влагалищным исследованием, при выборе показаний, объема и способа операции у женщин с миомой матки, немаловажное значение предавали не инвазивным - лучевым методам исследования (табл. 8.).

Таблица 8. – Параметры матки и характеристика миоматозных узлов по данным ультразвунографии (n=40)

Параметры УСО	Миома матки (n=25)	ОФ миомы матки (n=15)	p
Длина матки, см	14,97±3,19	14,01±2,13	>0,05
Переднезадний размер матки, см	11,13±2,17	10,04±2,01	>0,05
Ширина матки, см	13,11±4,27	12,14±4,09	>0,05
Средний диаметр миоматозных узлов, см (M±SD)	14,97±3,19	6,24±1,37	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Практически все миоматозные узлы у женщин основной группы располагались по передней (n=28) и задней стенкам (n=11) матки. Лишь у одной женщины имелась миоматозный узел передней стенки, с переходом на шейку, что было произведено лапароскопически-ассистированная экстирпация матки.

Сопутствующая соматическая патология у женщин было представлена, в частности различными воспалительными процессами ЖКТ, МВП и нередко ДС. Клиническая картина неотложных сочетанных патологий ОБП и гениталия с учетом различных локализаций органов (по отношению областей живота), имели разноречивый характер, и закономерно зависели от процесса воспаления доминирующего органа (табл. 9).

Таблица 9. – Характеристика «больших» и «малых» симптомов острых заболеваний гениталий (n=148)

Группы женщин	«Большие симптомы»					
	Болезненность в области гипогастрии		Болезненность в области придатков		Болезненные тракции шейки матки	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%

Продолжение таблицы 9.

Основная (n=120)	63	52,5	54	45,0	49	40,8
Контрольная (n=120)	64	53,3	51	42,5	53	44,2
p	>0,05		>0,05		>0,05	
«Малые симптомы»						
	t-ра тела > 38°C		Патолог. выделения		Повышение СОЭ	
Основная (n=120)	45	37,5	58	48,3	68	56,7
Контрольная (n=120)	47	39,2	62	51,7	70	58,3
p	>0,05		>0,05		>0,05	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

Так, боли в область гипогастрии были отмечены в 63 (52,5%) наблюдениях женщин основной группы, когда в контрольной группе указанный признак отмечено в 64 (53,3%) случаях. Однако, боли в область гипогастрии не во всех этих случаях были связаны с доминированием ОЗГ (в 39 и 41 случаях, соответственно, имело место превалирование клиники ОА). В остальных 48 (40,0%) и 44 (36,7%) наблюдениях основной и контрольной группы доминировали ОП ОБП, что выражались БС в область эпигастрии и правого подреберья. Соответственно другие симптомы, как интоксикация, патологические выделения, повышение СОЭ и др. характеризовали ту или иную острую патологию ОБП и гениталия.

С целью диагностики сочетанных неотложных патологий органов брюшной полости и гениталия были применены ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография и лапароскопия. Следует отметить, что комплексное применение лучевых методов исследования, позволяет своевременно и топически диагностировать сочетание НП ОБП и гениталия, что и по сути определяет дальнейшую тактику (рис. 5).

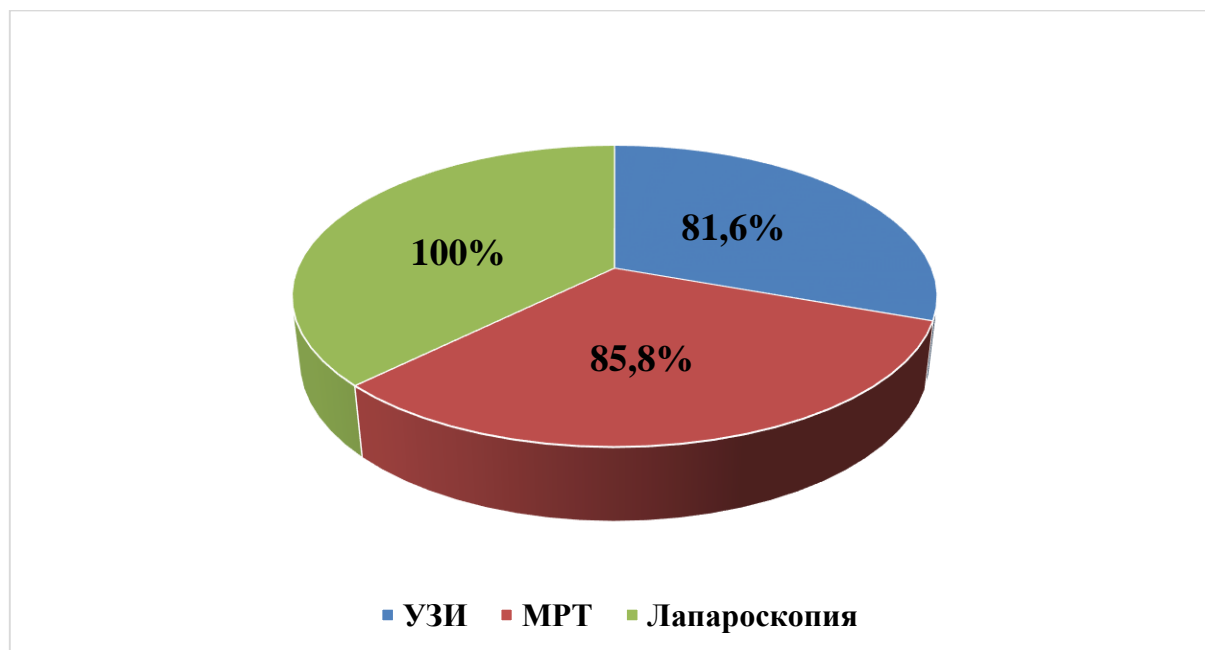


Рис. 5. - Сравнение эффективности дополнительных методов исследования у больных с сочетанными неотложными патологиями органов брюшной полости и гениталий

С учетом той или иной НП ОБП и гениталия, характера их осложнений и доминирующего органа, были проведены разные виды хирургических вмешательств. В том числе женщинам основной группы (n=120) оперативные вмешательства, касательно коррекции неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталия, произведены малоинвазивным способом, с применением лапароскопической технологией. А женщинам контрольной группы (n=120) – традиционные, открытые операции (табл. 10).

Таблица 10.1. – Неотложные оперативные вмешательства на органах гениталий в сравниваемых группах женщин

Вмешательства	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=120)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Ампутация матки	32	26,7	35	29,2	>0,05
Экстирпация матки	1	0,8	-	-	
Консервативная миомэктомия	7	5,8	6	5,0	>0,05
Цистэктомия	21	17,5	24	20,0	>0,05
Клиновидная резекция яичника	52	43,3	46	38,3	>0,05
Тубоварэктомия	7	5,8	9	7,5	>0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , * с поправкой Йетса)

Малоинвазивные вмешательства, включали как органосохраняющие (консервативная миомэктомия, клиновидная резекция яичника, адгезиолизис), так и орган удаляющие операции (ампутация матки, тубоварэктомия, цистэктомия, холецистэктомия).

Таблица 10.2. – Неотложные оперативные вмешательства на органах брюшной полости в сравниваемых группах женщин

Вмешательства	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=120)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Холецистэктомия	48	40,0	44	36,7	>0,05
Аппендэктомия	39	16,2	41	17,1	>0,05
Герниопластика	24	20,0	28	23,3	>0,05
Адгезиолизис	9	7,5	7	5,8	>0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , * с поправкой Йетса)

Анализ проведенных оперативных вмешательств показывает, что в основной группе женщин приняты - лапароскопические. Этапность операции зависела от доминирующего органа и решалась совместным консилиумом акушер-гинеколога и хирурга.

2.2. Методы исследований

Во всех случаях больным выполнялись комплексные клинические и лабораторно-инструментальные исследования. Тщательно исследовался анамнез и клиническая картина заболевания.

Также, оценивались динамические изменения симптоматики НП ОБП и гениталия, а также проявления возможных осложнений, для акцентирования в проведении диффдиагностики.

Всем пациентам проводились общеклинические и биохимические исследования крови и мочи (данные исследования выполнялись в клинико-

биохимической лаборатории ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» под руководством Кувватовой Л.Ф.).

В качестве материала для определения субстратов и продуктов ПОЛ, компонентов системы АОЗ, использовали сыворотку и плазму крови, гемолизат из эритроцитов. Кровь забирали из локтевой вены. Субстраты с изолированными двойными связями (Дв.св.), диеновые конъюгаты (ДК), кетодиены определяли по И.А. Волчегорскому и соавт. Для расчета ДК использовали молярный коэффициент экстинкции – $K = 2,2 \times 10^5$ моль⁻¹см⁻¹. Содержание Дв.св. и КД выражали в усл. ед., ДК, МДА – в мкмоль/л. Определение антиокислительной активности (АОА) проводили по Г.И. Клебанову и соавт. [198], а активности супероксиддисмутазы (СОД) - по Н.Р. Misra и I. Fridovich. Активность СОД выражали в усл. ед. Определение аскорбиновой кислоты был основан на взаимодействии 2,4-ДНФГ и АК с образованием в серной кислоте соответствующих азонов, которые дают красное окрашивание, определяемое спектрофотометрически при $\lambda = 520$ нм. Концентрацию выражали в ммоль/л. Исследования проводились в лаборатории республиканского СЭС-а (зав. – Краснокукоцкая ...).

Микробиологическое исследование уrogenитального тракта женщин провели согласно руководствам «Об унификации микробиологических методов исследования, применяемых в клинко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений». Для сбора, транспортировки и хранения всех групп микроорганизмов использовали среду AMIES, являющуюся модификацией среды STUART. Для выделения лактобактерий и представителей условно-патогенной микрофлоры использовали мясопептонный агар с добавлением донорской крови, грибы *Candida* выращивали на среде Сабуро. Посевы инкубировали при температуре 37° С.

Кроме того, больным применялись лучевые методы исследования, включая КТ и МРТ.

Рентгенологические методы диагностики проводились с использованием рентгенологического оборудования фирмы «Stephanix»

(производство Франция). Данные исследования выполнялись в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» совместно с врачом-рентгенологом Жабиновым Ф.И., а также ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» (зав. отд. лучевой диагностики - Назифов С.Т.).

УЗ исследования проводились с использованием УЗ-оборудования фирм "Toshiba" и "Siemens- CV-70" (производство ФРГ), содержащего линейные и секторные датчики с частотой 3,5 и 5 МГц. Цветное доплеровское картирование выполнялось с использованием оборудования Combison 530 (производство Австрия). УЗИ выполнялось в клиничко-диагностическом отделении ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» совместно с врачом Восиевым А.С., а также ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» (зав. отделением Турсунов И.).

У 47 (39,2%) женщин выполнялись МРТ-исследования с использованием оборудования «Concegto» фирмы «Siemens» (производство Германия) и фирмы "Toshiba" (производство Япония). Основным достоинством метода считается возможность определения изменений в архитектонике ОБП с высокой разрешающей способностью. Данные методы исследования выполнялись в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» (зав. отделением - к.м.н. Улаев Н.А.), а также ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» (зав. отделением Назифов С.Т.). Для проведения эндовидеохирургических вмешательств использован хирургический комплекс "Lawton" и «Karl Storz» (Германия).

Статистический анализ полученных результатов выполнялся с помощью программы «Statistica 10.0» for Windows (StatSoft® Inc, США). Нормальность распределения выборки оценивалась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Количественные значения описаны в виде среднего значения (M) и стандартной ошибки (m), качественные значения описаны в виде процентных отношений (%). При парном сравнении двух независимых количественных групп использовался U-критерий Манна-Уитни, для зависимых групп использовался T-критерий Вилкоксона. При сравнении качественных групп использовался критерий χ^2 , в том числе с

поправкой Йетса (при $n < 10$) и по точному критерию Фишера при ($n < 5$). При сравнении трех и более независимых групп по количественным переменным использовался H-критерий Краскела-Уоллиса, при множественных сравнениях зависимых групп использовался критерий Фридмана. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

3.1. Влияние операционного стресса на состояние свободно-радикального окисления и антиоксидантной емкости крови у женщин с сочетанными неотложными патологиями органов брюшной полости и гениталия

Одним из поставленных задач настоящего исследования явилась изучение влияния операционного стресса на состояние свободно-радикального окисления и антиоксидантной емкости крови у женщин с НСП ОБП и гениталий. Общеизвестно, что в целом острый период любого механического повреждения, сопровождается различным по интенсивности изменением активности свободно-радикального окисления и активированием процессов ПОЛ.

Указанное послужило основанием провести изучение содержания МДА, ДК и анализировать результаты спонтанной и индуцированной хемилюминисценции в крови женщин основной группы. Для сравнения провели исследование при госпитализации и через 24 часа после проведенного малоинвазивного вмешательства (табл. 11).

Таблица 11. – Характер оксидантной активности крови у женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия (M±m)

Показатель	Здоровые женщины (n=17)	При госпитализации (n=31)	Через 24 часа п/о (n=31)	p
МДА, мкмоль/л	2,8±0,1	4,5±0,3***	3,4±0,1***	<0,001
ДК, мкмоль/л	5,9±0,3	9,1±0,4***	7,1±0,5*	<0,001
ХЛс	6,5±0,2	10,1±1,3**	12,8±2,3**	>0,05
ХЛи	7,4±0,11	13,3±2,2**	16,4±2,6***	>0,05

Примечание: ХЛс – спонтанная хемилюминисценция, ХЛи – индуцированная хемилюминисценция, МДА – малоновый диальдегид; p – статистическая значимость различия показателей в динамике (по Т-критерию Вилкоксона), *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 при сравнении с группой здоровых женщин (по U-критерию Манна-Уитни)

Закономерно, операционный стресс сопровождается значительным увеличением генерации активных форм кислорода и активацией процессов ПОЛ, о чем свидетельствует особенно достоверное повышение уровня спонтанной и индуцированной хемилюминисценции крови, а также МДА и ДК после 24 часов от момента операции.

Характер оксидантной активности крови у женщин с НСП ОБП и гениталия, указывает на повышение показателей МДА, ДК, ХЛс и ХЛи при госпитализации (на 40,0%, 35,0%, 36,0% и 44,0% выше по сравнению с нормой соответственно).

Однако, через 24 часа от момента проведения корректирующего вмешательства, указанные показатели реагировали разноречиво, т.е., показатели МДА и ДК значительно снизились ($3,4 \pm 0,1$ и $7,1 \pm 0,5$ мкмоль/л соответственно), а отмечено резкое и достоверное увеличение ХЛс и ХЛи, что наверняка свидетельствует о возникновении у женщин с НСП ОБП и гениталия окислительного стресса, который усугубляется на фоне проведенного вмешательства.

Немаловажно, что маркеры оксидантной активности порой выраженный у женщин с ОЗГ, как эндометриоз, поликистоз яичников, тазовые перитонеальные спайки, которые являются следствием перенесенного ОЗГ и других патологиях. В связи с изложенным нами у 13 женщин с кистами (включая осложненных форм), СБ и картиной эндометриоза, проведено исследование жидкости брюшной полости, на исследование маркеров ОА (рис.6).

Таблица 12. – Показатели маркеров оксидантной активности и провоспалительных цитокины в перитонеальной жидкости женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия (n=13)

Показатели	Здоровые женщины (n=11)	Киста яичника, эндометриоз (n=7)	СПМТ (n=6)	Н-критерий К-W
------------	-------------------------	----------------------------------	------------	----------------

Продолжение таблицы 12.

		$p_1 < 0,05$	$p_1 < 0,05$ $p_2 > 0,05$	
ДК, Ед/мл	$0,65 \pm 0,1$	$4,1 \pm 0,5$ $p_1 < 0,001$	$4,3 \pm 0,7$ $p_1 < 0,001$ $p_2 > 0,05$	$< 0,001$
ИЛ-1, пг/мл	$15,0 \pm 1,1$	$18,6 \pm 2,2$	$16,2 \pm 2,8$	$> 0,05$
ИЛ-6, пг/мл	$3,2 \pm 0,6$	$5,8 \pm 2,2$ $p_1 > 0,05$	$16,4 \pm 2,6$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,05$	$< 0,01$
СРБ, мг/л	$0,37 \pm 0,03$	$0,69 \pm 0,07$ $p_1 < 0,01$	$4,1 \pm 0,53$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	$< 0,001$

Примечание: СПМТ – спаечный процесс малого таза, p_1 – статистическая значимость различия показателей при сравнении с группой здоровых женщин, p_2 – при сравнении с группой больных с кистой яичника и эндометриозом (по U-критерию Манна-Уитни)

Анализ показателей маркеров ОА и ПВЦ в перитонеальной жидкости (табл. 12), были отмечены аналогичные изменения, происходящие и в периферической крови, однако со значительными отклонениями цифр. Статистически значимо по сравнению с контрольной группой было увеличено содержание МДА и ДК, как у женщин с КЯ и эндометриозом ($7,7 \pm 1,2$ мкмоль/л), так и женщин с спаечным процессом малого таза (и $7,2 \pm 1,1$ мкмоль/л). Немаловажным индикатором воспаления, считается также провоспалительные цитокины, что, несомненно, были изменены в перитонеальной жидкости женщин обеих групп (ИЛ-1 - $18,6 \pm 2,2$ и $16,2 \pm 2,8$ пг/мл, ИЛ-6 - $5,8 \pm 2,2$ и $16,4 \pm 2,6$), что лишний раз подтверждали влияние воспалительного стресса, в т.ч. на образование спаечного процесса в малом тазу при ОЗГ. Как показали результаты исследования СРБ также оказалось на 46,0% и 90,0% выше, чем у здоровых женщин.

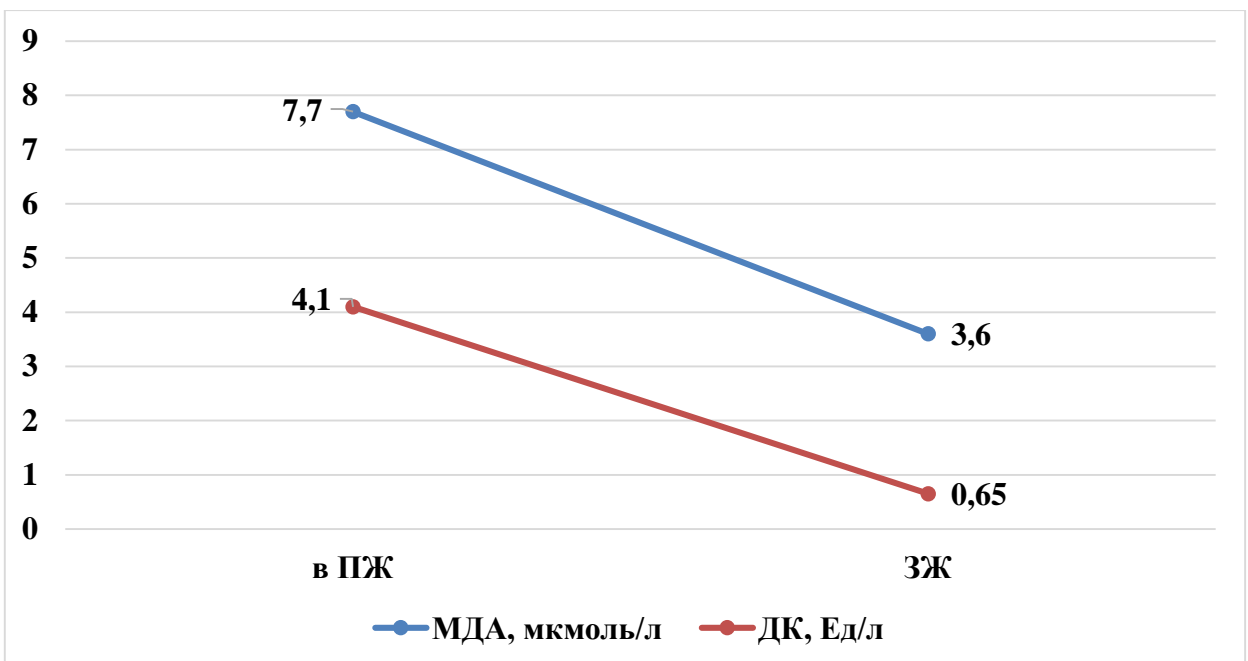
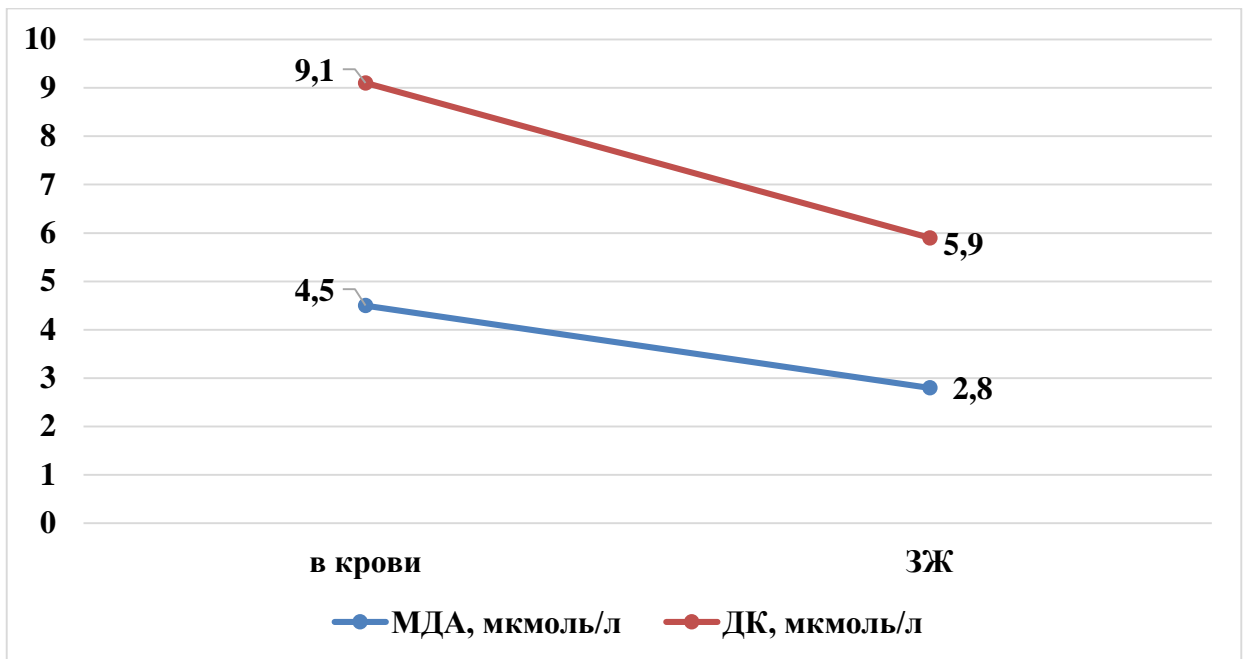


Рис. 6,7 - Окислительный потенциал сыворотки крови (6) и перитонеальной жидкости (7) у женщин с НСП ОБП и гениталия сравнительно со здоровыми женщинами ($M \pm m$)

Указанное позволяет заключить, что состояние про- и антиоксидантной системы периферической крови и перитонеальной жидкости у женщин с НСП ОБП и гениталия, характеризуется интенсификацией процессов ПОЛ с развитием явлений окислительного стресса. Вероятно, изложенный процесс у женщин с поликистозом или КЯ, может быть обусловлен гормонально-

зависимой активацией аденилатциклазы, с последующим накоплением цАМФ в тканях яичника, что ранее подтверждено в исследованиях разных авторов [13,49,112]. При этом избыточная выработка цАМФ катализирует гидролиз фосфолипидов клеточных мембран и обеспечивает мобилизацию ненасыщенных жирных кислот, потенцируя реакции СРО, что проявляется повышением токсических продуктов МДА и ДК как в ткани яичника, так и ПЖ.

Следует отметить, что развитие ОС у женщин с НСП ОБП и гениталия, сопровождающегося нарастанием генерации активных форм кислорода и активацией процессов ПОЛ, приводит к изменениям и в АС. Считали целесообразным для определения состояния АС у женщин с НСП ОБП и гениталия, уточнить общую АА как при госпитализации, так и после проведенной хирургической малоинвазивной коррекции неотложной сочетанной патологии (табл. 13).

Таблица 13. – Показатели антиоксидантной активности женщин с сочетанными неотложными патологиями органов брюшной полости и гениталия

Показатель	Здоровые женщины (n=17)	При госпитализации (n=31)	Через 24 часа п/о (n=31)	Р
Общая АА	0,071±0,003	0,033±0,006***	0,027±0,003***	>0,05

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей в динамике (по Т-критерию Вилкоксона), ***р<0,001 при сравнении с группой здоровых женщин (по U-критерию Манна-Уитни)

Как показывает анализ исследования (табл. 13), при госпитализации женщин с НСП ОБП и гениталия, отмечается снижение показателей общей АА на 53,0%, а через 24 часа после операции – на 62,0%, что вероятнее всего связана с коррекцией острой патологии гениталия.

3.2. Показатели приоритетных видов микроорганизмов урогенитального тракта женщин при сочетанных неотложных патологиях органов брюшной полости и гениталия

Для достоверного анализа и соответствующей коррекции из полости матки 44 (36,7%) женщин основной группы выполнено бактериоскопическое исследование мазков из влагалища из трех точек: уретра, задний свод влагалища, цервикальный канал, что в последующем соответственно эти показатели сопоставлялись.

При проведении микробиологических исследований урогенитального тракта (n=33) у женщин с НСП ОБП и гениталия, наиболее часто определялись ассоциации от 2 до 5 условно-патогенных микроорганизмов. Наиболее частым определялись аэробно-анаэробные ассоциации, что составило 39,4% (n=13), аэробно-аэробные встречались - в 33,3% (n=11) и анаэробно-анаэробные ассоциации в 27,3% (n=9). В целом анаэробы в ассоциациях составили 51,5%, а аэробы – 48,5% (рис. 8).

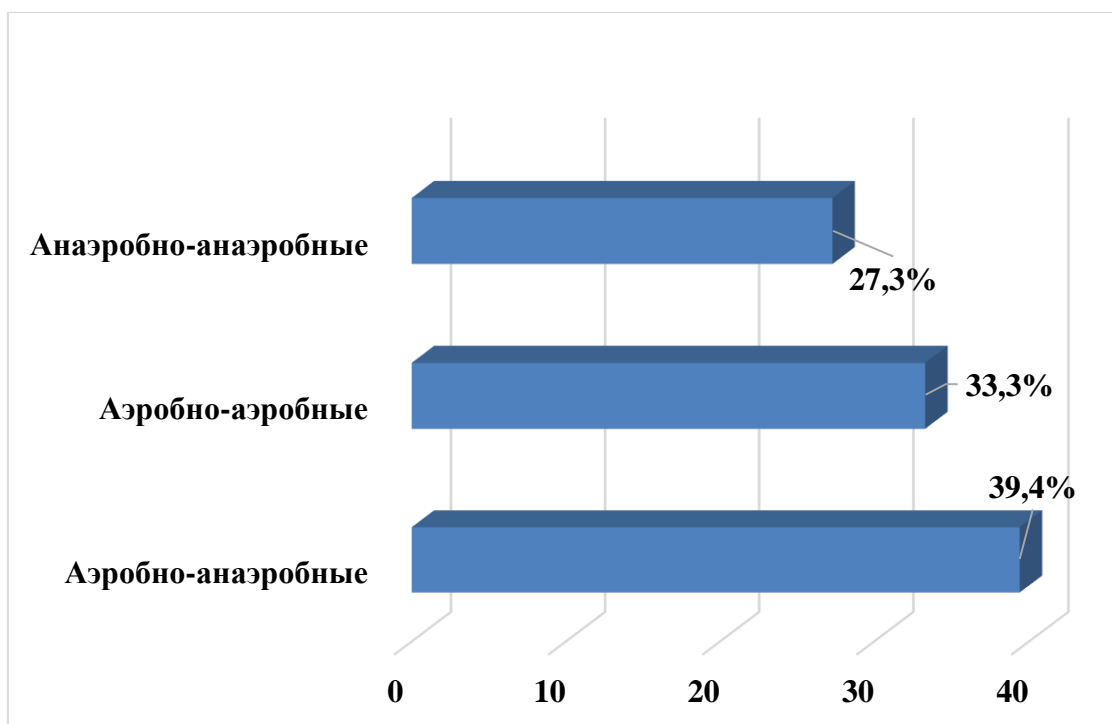


Рис. 8. - Ассоциации условно-патогенных микробов урогенитального тракта у женщин с НСП ОБП и гениталия

Аэробно-анаэробные ассоциации в частности (38,4%) характеризовались такими микроорганизмами, как *Gardnerella vaginalis*, *Enterococcus*, *Bacteroides* и *Candida albicans*. В свою очередь аэробно-аэробная ассоциация характеризовалась наиболее частым сочетанием *Enterococcus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Candida albicans*, *E.coli*, *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus hicus*, *Staphylococcus hominis*, *S. xylois*, *Streptococcus agalactiae* и *Corynebacterium*.

Gardnerella, *Bacteroides*, *Mobiluncus vaginalis*, *Leptotrichia buccalis*, *Prohionibacterium* и *Actynomices* относились к микроорганизмам анаэробно-анаэробных ассоциаций.

Женщины с доминирующими осложненными формами ОЗГ, в частности сопровождалась ассоциацией коагулазоотрицательных стафилококков (*S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*) и наименьшей долей - коагулазоположительных стафилококков (*S. aureus*).

Таблица 14. - Характеристика часто встречаемой микрофлоры цервикального канала у женщин с НСП ОБП и гениталия (n=33)

Микроорганизмы	Основная группа (n=33)		Контрольная группа (n=21)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
<i>G. Vaginalis</i>	2	6,1	-	-	
<i>Candida</i>	4	12,1	1	4,8	>0,05
<i>Ur. Ureaiticus</i>	5	15,2	2	9,5	>0,05
<i>E. Coli</i>	2	6,1	1	4,8	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Как показывает характер встречаемости микрофлоры (табл. 14), у исследованных женщины с НСП ОБП и гениталия, были выявлены наиболее часто встречаемый спектр условно-патогенной флоры, с преобладанием таких микроорганизмов как *Ur. Ureaiticus* (15,2%), *Candida* (12,1%), *G. Vaginalis* и *E. Coli* (по 6,1% соответственно).

Таким образом, у женщин, с НСП ОБП и гениталия, наблюдалась высокая частота встречаемости условно-патогенной микрофлоры в цервикальном канале, что крайне необходимо учесть при консервативной коррекции ОЗГ.

3.3. Результаты инструментальных методов исследования

Узловым, в тактике лечения сочетанных НП ОБП и гениталия, остается своевременная диагностика, правильная оценка состояния женщин, выбор адекватного доступа и этапности вмешательства. Непарадоксально, что УЗ-сканирование до сих пор, не потеряла свое значение при диагностике НП ОБП и гениталия, и однозначно является одним из эффективным способом лучевой диагностики (рис. 9).

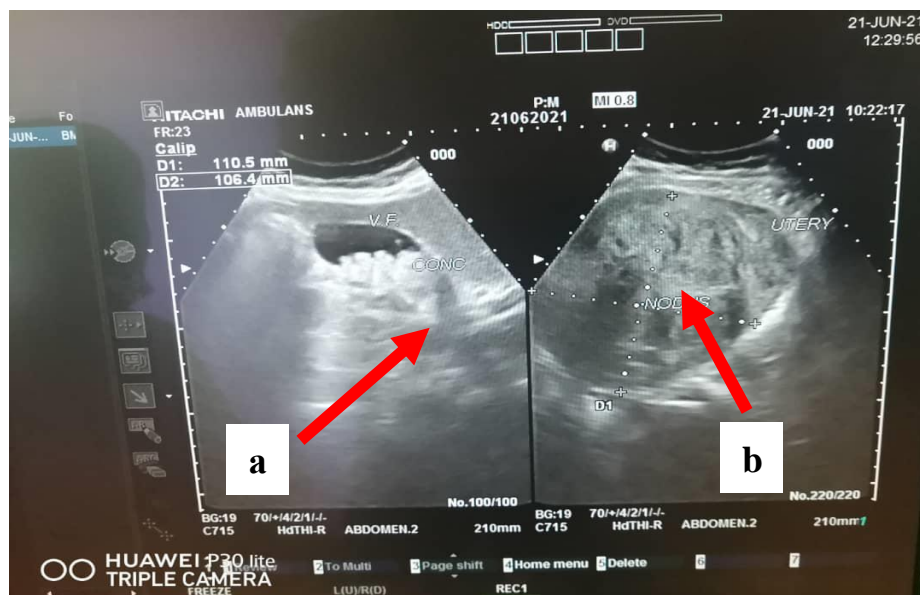


Рис.9. УЗИ. Сочетание ОКХ (а) и миомы матки (b)

При сочетании у женщин ОКХ с миомой матки и кисты яичника, в ходе проведения предоперационной подготовки и проведения комплекса консервативных мероприятий, провели тщательное гинекологическое обследование женщин, включая вагинальное исследование, для определения объема вмешательства органов гениталия. В случаях сомнительного заключения УЗ-сканирования, считали целесообразным проведение МРТ (рис.10.).

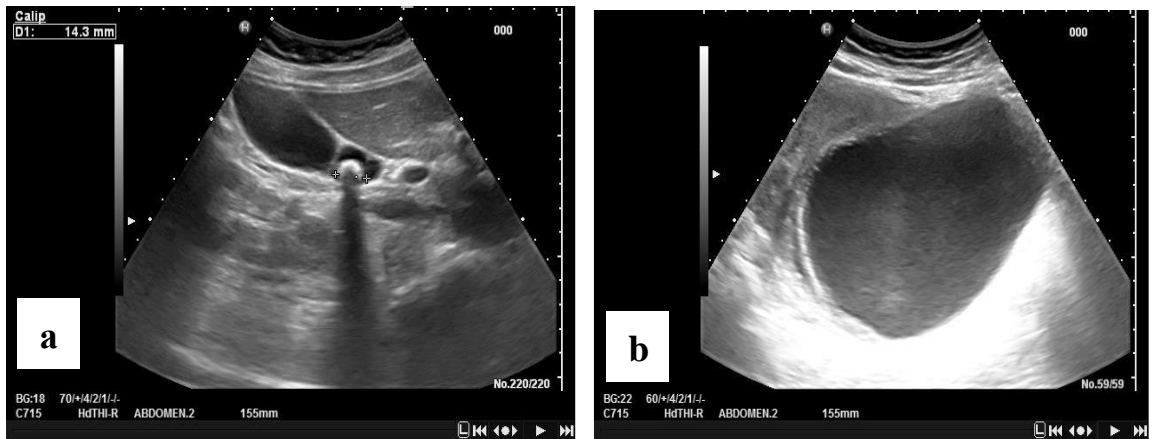


Рис.10. УЗИ. ОКХ. Киста правого яичника.

Следует отметить, что эффективность УЗ-сканирования и МРТ у женщин с НП ОБП и гениталия составило 81,6% и 85,8% соответственно.

Также немаловажным фактором, в выборе тактики хирургического лечения и этапности проведенных мероприятий, в зависимости от доминирующего органа, явилось характер и степень осложнений, которое эффективно было оценено на УЗ-сканограммах при поступлении (табл. 15).

Таблица 15. – Ультрасонографическая картина сочетанных неотложных патологий органов брюшной полости и гениталия – основная группа (n=120)

Вид сочетания	Характер УЗ-картины	Абс.	%
ОА + КПЯ (n=39)	Утолщение стенок ЧО, жидкость вокруг ЧО, кистозное образование ПЯ	37	94,9
ОКХ + ММ (n=25)	Утолщение стенок ЖП, двухконтурность стенок ЖП, обтурирующий конкремент у шейки ЖП, миоматозные узлы матки	23	92,0
ОКХ + КЯ (n=23)	Утолщение стенок ЖП, двухконтурность стенок ЖП, обтурирующий конкремент у шейки ЖП, кистозное образова-	20	86,9

Продолжение таблицы 15.

	ние ПЯ		
ОФММ + ГПБС (n=15)	Миоматозные узлы матки с распадом, жидкость в позади маточном пространстве, наличие грыжевого кольца и ГМ	12	80,0
ОФКЯ + ГПБС (n=9)	Кистозное образование яичников неправильной формы, свободная жидкость вокруг КЯ, перекрут КЯ, наличие грыжевого кольца и ГМ	7	77,8
ОФКЯ + СБ (n=9)	Кистозное образование яичников неправильной формы, свободная жидкость вокруг КЯ, перекрут КЯ, спаечные сращения малого таза	8	88,8

Анализ эффективности УЗ-сонографии показало, что ее высокая информативность при НП ОБП и гениталия, выражалась в диагностике ОП и ОКХ, что составило 94,9% и 92,0% соответственно. Относительно сочетаний ОФКЯ со ГПБС и ОФММ с ГПБС – эффективность была относительно низкой (77,8% и 80,0% соответственно). Последнее утверждает, что несмотря на высокую чувствительность и информативность УЗ-сонография при диагностике НП ОБП и гениталия, не может быть достоверно точным, что закономерно для выбора тактики, требовали проведения диагностической видеолапароскопии.

Стоит отметить, что чувствительность КТ-исследования при диагностике НСП ОБП и гениталия доходит до 95-97%, тогда как традиционные методы рентгенологического исследования были менее информативными. В то же время информативность диагностической видеолапароскопии составляла 100%.

Таблица 16. – Сравнение эффективности лучевых и лапароскопических методов исследования при неотложных сочетанных патологиях органов брюшной полости и гениталия

Методы исследования	Чувствительность, %	Специфичность, %	Точность, %
Рентгенография	25,7	38,1	36,9
УЗ-исследование	92,7	95,4	93,2
МСКТ	100	96,5	95,6
Видеолапароскопия	100	99,5	98,7

Таким образом, с учетом ситуации и степени тяжести состояния женщин при неотложных сочетанных патологиях ОБП и гениталия при диагностике необходимо применять информативные методы исследованиями, что позволяет значительному сокращению времени, затрачиваемое на проведение ненужных инструментальных исследований, и ускорить оказание соответствующей специализированной помощи.

Иногда грозные осложнения НСП ОБП и гениталия, как кровотечение и перитонит, требуют сокращения времени на проведение диагностических мероприятий и решения вопроса о необходимости оперативного вмешательства, в частности для своевременного гемостаза. В связи с этим необходимо придерживаться следующего принципа обследования пациентов: раннее выявление основных угрожающих для жизни женщин осложнений и их последствий. Алгоритм инструментальной диагностики должно строиться следующим образом:

А. При обращении женщин с так называемым диагнозом «острый живот» травмы необходимо оценить, состояние пациенток по основным жизненно-важным критериям. При установлении симптомов, указывающих на экстренное и неотложное оперативное вмешательство (внутреннее кровотечение, перитонит и т.д.) – необходимо на операционном столе провести се необходимые диагностические и реанимационные мероприятия.

Примечание: * - Данные физикального обследования при необходимости позволяют выбрать дальнейшую диагностическую тактику с учетом локализации болей.

** - КТ брюшной полости и малого таза является методом выбора в диагностике ОХЗ ОБП и малого таза (при отрицательном тесте на беременность у женщин репродуктивного возраста).

*** - УЗИ при болях в область гипогастрии, целесообразно применять с вагинальным датчиком

За исключением агонального состояния и нескольких жизне-угрожающих состояний, где имеются абсолютные противопоказания к проведению видео лапароскопии, в остальных случаях проводится лапароскопические вмешательства, как органосохраняющего, так и орган удаляющего характера, одновременно на органах брюшной полости и гениталия.

Б. Категория женщин которой нуждается в экстренном оперативном вмешательстве после стабилизации состояния, с учетом локализации болевого синдрома, следует проводить различные физикальные, инструментальные и лабораторные методы исследования. В том числе при локализации болей в область эпигастрии, необходимо исключить осложненные формы язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки (наряду с другими методами необходимо проводит ФГДС). Наличие болевого синдрома по всей поверхности живота и в область гипогастрии, требует проведения рентгенографии ОБП, УЗ-исследования, в том числе вагинальным датчиком и КТ. Другие необходимые исследования, как ЭКГ, клинико-лабораторные и осмотр гинеколога – обязательно проводится всем женщинам. В последующем за исключением абсолютных противопоказаний к проведению видео лапароскопии, в остальных случаях проводится лапароскопические вмешательства, как органосохраняющего, так и орган

удаляющего характера, одновременно на органах брюшной полости и гениталия.

Необходимо подчеркнуть, что все диагностические мероприятия следует проводить параллельно с мероприятиями по восстановлению острых респираторных нарушений (эндотрахеальная интубация и подключение больного к ИВЛ) и борьбе с шоковым состоянием (назначение инфузионно-трансфузионной терапии).

По нашему мнению, порядок проведения диагностических тестов усовершенствованной лечебно-диагностической тактики является наиболее предпочтительным.

Глава 4. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ НЕОТЛОЖНЫХ ПАТОЛОГИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГЕНИТАЛИЯ

4.1. Диагностическая тактика при неотложных сочетанных патологиях органов брюшной полости и гениталия

Общеизвестно, что из-за отсутствия четких критериев и возможно других факторов оснащенности, отдаленных ЛПУ, проблема своевременной диагностики женщин с НСП ОБП и гениталия остается актуальным, т.к. до сих пор госпитализация женщин с диагнозом «острый живот» остается на высоких цифрах.

Подготовка женщин с сочетанными патологиями органов гениталия требует расширения стандартов предоперационного обследования на предмет диагностики сочетанных экстрагенитальных заболеваний, нуждающихся в хирургической коррекции. Вместе с тем правильный индивидуальный подбор больных с сочетанной патологией, адекватная предоперационная подготовка женщин, индивидуализированный выбор метода и объема операции, более того с увеличением объема операции, не оказывает влияния на частоту послеоперационных осложнений, ведет к значительной экономии финансовых средств как на госпитальном, так и на амбулаторном этапе.

Показанием к лапароскопическим симультанным вмешательствам вставили на основании степени операционно-анестезиологического риска по ASA. Указанная классификация позволяет женщинам группы «риска», применять индивидуальный подход, при проведении лапароскопических вмешательств (табл. 17).

Таблица 17. - Распределение больных по степени операционно-анестезиологического риска по ASA

Степень операционно-анестезиологического риска по ASA	Количество больных	
	Абс.	%
I	82	68,3
II	25	20,8
III	13	10,8
Всего	120	100,0

В основном оперированные женщины относились к I и II степени операционно-анестезиологического риска (89,2%). Среди обследованных женщин 69 (57,5%) имели сопутствующие соматические заболевания.

Группа авторов [1,3] утверждают, что длительный карбоксиперитонеум во время симультанной лапароскопической операций при хирургических и гинекологических патологиях, не оказывает существенного влияния на показатели гемодинамики в послеоперационном периоде, что расширяет возможности проведения указанных симультанных вмешательств.

Наиболее приемлемым, по нашему мнению, является тактика ведения женщин с НСП ОБП и гениталия, основанное на своевременную диагностику и патогенетически обоснованную коррекцию неотложного доминирующего органа. Патогенетическая обоснованность в данной тактике обусловлена уменьшением выраженности синдрома воспалительного ответа, полиорганной недостаточности и предупреждением развития инфекционных осложнений, что достигается за счет последовательной коррекции опасных для жизни осложнений патологий (кровотечение, перитонит), очагов эндотоксикоза и снижения уровня токсинов в крови.

Суть данной стратегии заключается в следующем: последовательное проведение неотложных, срочных и отсроченных малоинвазивных хирургических операций, на фоне единовременного общего обезболивания пациенток, и уменьшение операционного риска благодаря сокращению

длительности и инвазивности каждого хирургического вмешательства, за счет использования мини инвазивных технологий и планирования проведения оперативного лечения в несколько этапов. При использовании данной тактики ведения больных, несомненно, отмечается снижение показателей как интра- и послеоперационных осложнений, так и летальности.

Однозначно, в определенных случаях (19,2%), видео лапароскопия первично оказалось диагностическим, а в остальных 80,8% – целенаправленно произведены с целью хирургической коррекции (рис.12).

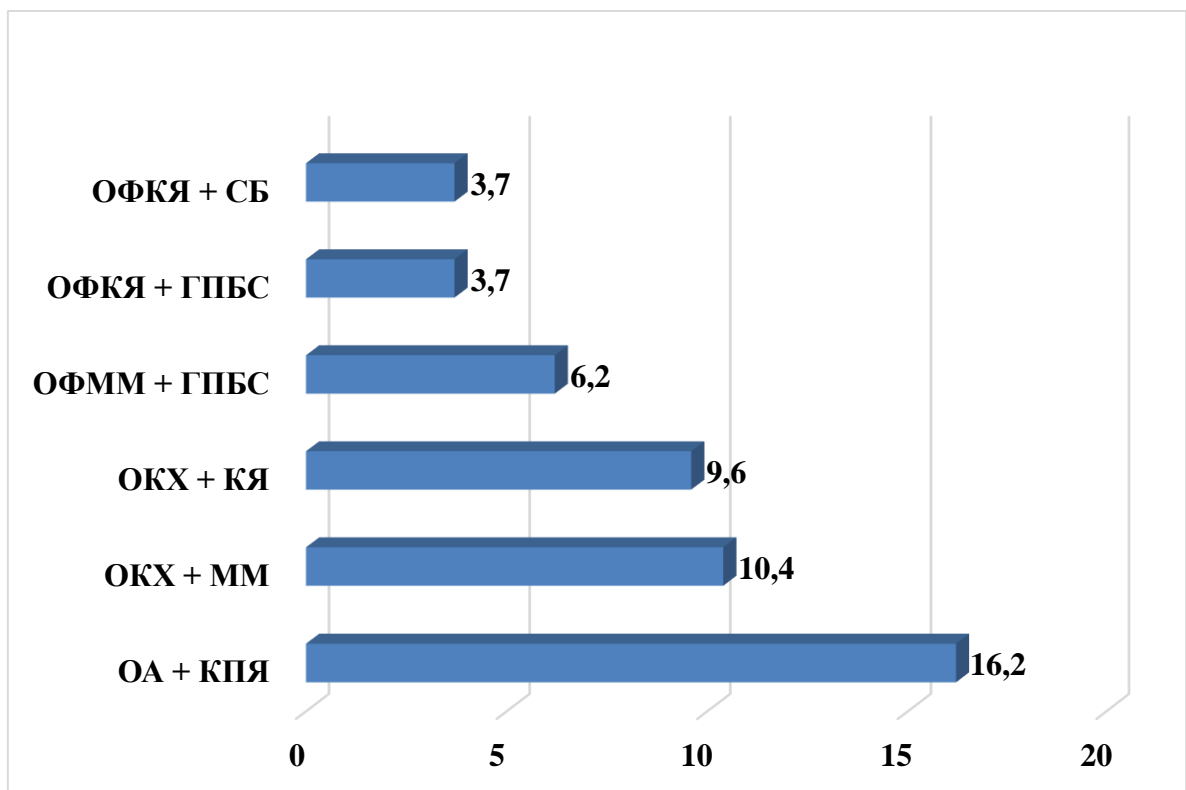


Рисунок 12. - Лапароскопическая находка у женщин основной группы с НСП ОБП и гениталия, в %

Следует отметить, что у женщин с НСП ОБП и гениталия, видео лапароскопия как малоинвазивный метод, безусловно в 100% случаев является эффективным диагностическим мероприятием, которое практически во всех случаях позволяет трансформироваться – в лечебную.

Частой сочетанной патологией ОБП и гениталия явилась сочетание острого аппендицита и кисты правого яичника, что встречалась у 39 (32,5%) женщин основной группы. При этом следует отметить, что в 31 (79,5%) наблюдений, киста правого яичника была диагностирована до операции, с помощью УЗ-сонографии, а в 8 (20,5%) наблюдений – диагностированы интраоперационно, при видео лапароскопии (рис. 13).

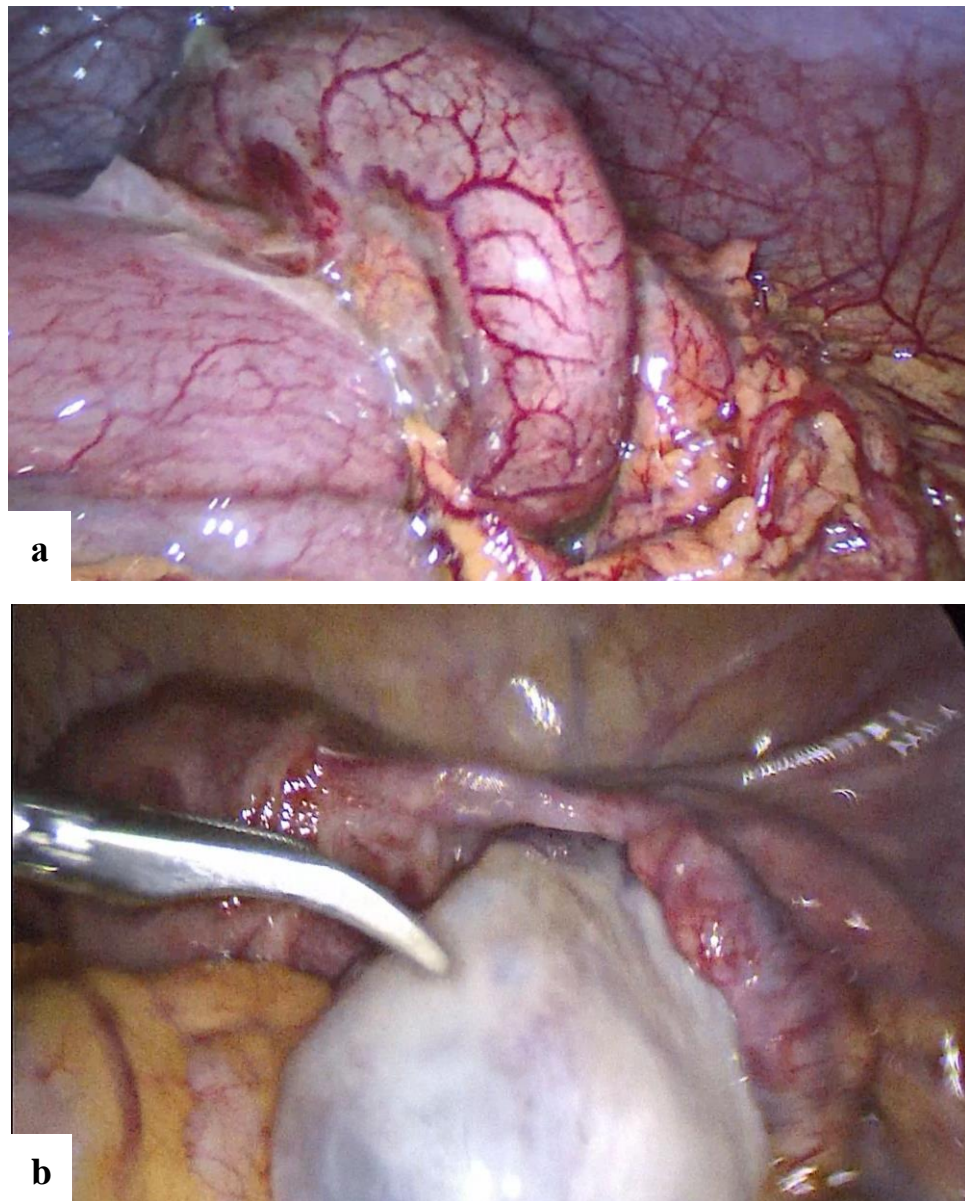


Рис.13. Лапароскопическая картина сочетания острого деструктивного аппендицита (а) и кисты правого яичника (b).

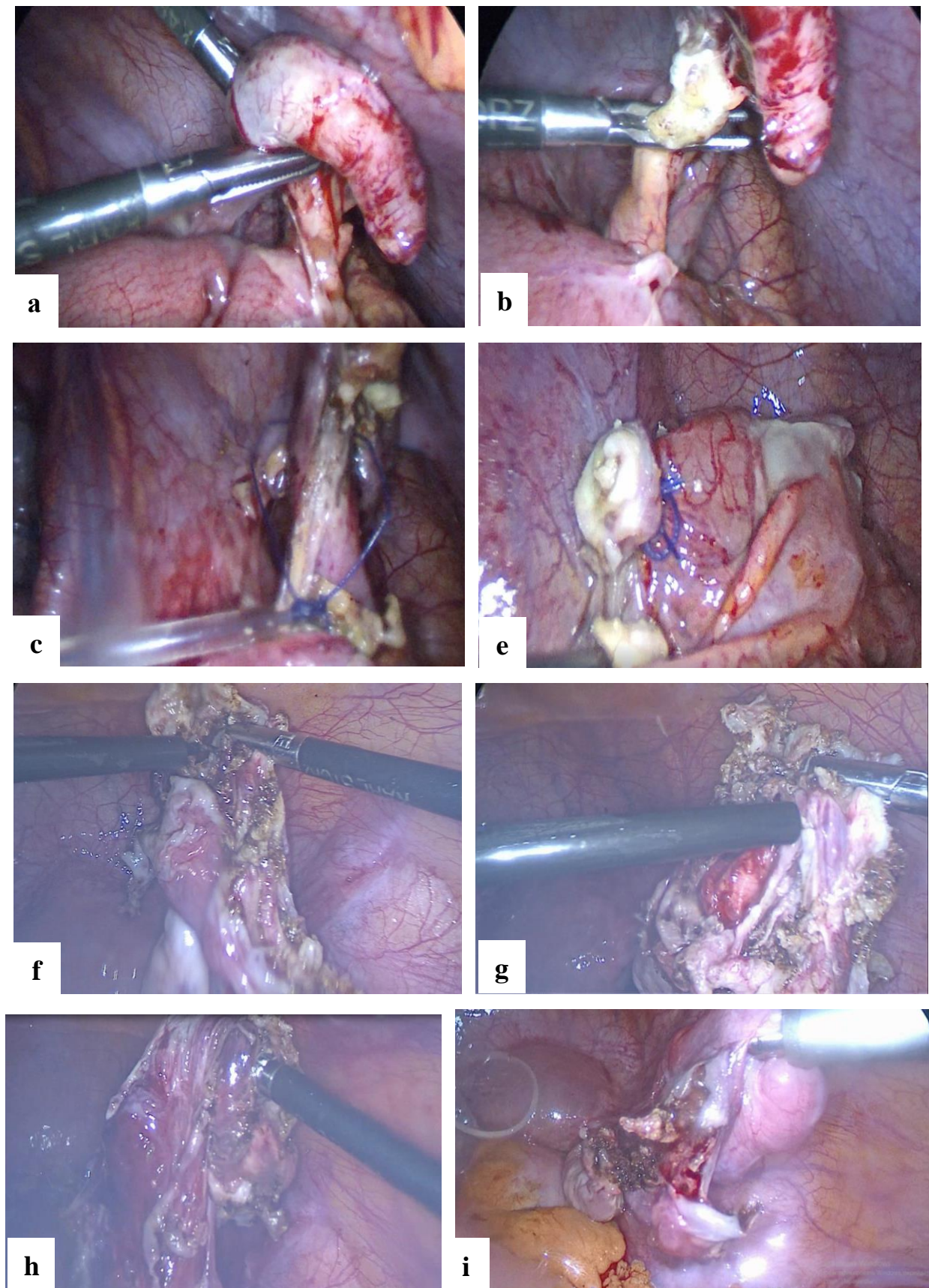


Рис.14. Этапы симультанной лапароскопической аппендэктомии (a,b,c,d) и клиновидной резекции правого яичника (f,g,h,i).

Немаловажно, что одним из важных моментов, влияющих на состояние женщин при сочетании с патологиями ОБП, является внутреннее кровотечение. Данное осложнение было отмечено в 19 (15,8%) наблюдениях, осложненных форм кист яичника и миомы матки (при разрыве кисты яичников (n=12) и кровотечениях из миоматозных узлов матки (n=12). В связи с этим, мы сочли приемлемым учитывать у этой категории больных ШИ Альговера, зависимость её величины от объема кровопотери. По результатам последнего в совокупности с проведенными лабораторными и инструментальными методами исследования, были вставлены показания к оперативным вмешательствам (табл. 18).

Таблица 18. – Характер степени тяжести кровопотери у женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия (n=19)

Объем кровопотери, л	Дефицит ОЦК, %	Шоковый индекс Альговера	Всего	
			Абс.	%
Менее 1,0	< 20	< 1,0	11	57,8
1,0-1,5	21-30	1,0-1,4	5	26,3
1,6-2,0	31-40	1,5-1,9	2	10,5
Более 2,0	> 40	> 2,0	1	5,2

У 3 (15,8%) женщин тяжелым геморрагическим шоком, госпитализированные с нестабильной гемодинамикой, применяли активную тактику введения, т.е. женщинам на операционном столе вставлены катетеризации подключичной вены и начата применение противошоковых мероприятий, забор крови для проведения лабораторного анализа.

У женщин, с объемом кровопотери более 1,0 литра (n=8), считали целесообразным изучить характер изменений показателей лактата крови и ВБД (в зависимости от степени) до проведения видеолапароскопии и в послеоперационном периоде (табл. 19).

Таблица 19. – Сравнительные показатели показателей ВБД и лактата крови в динамике у женщин внутренними кровотечениями (n=8)

Показатели	До операции	Через 6 часов	Через 12 часов	Через 24 часа	p
ВБД I степени (n=5)					
ВБД, мм рт.ст.	13,1±0,25	10,32±0,21	10,11±0,17	9,68±0,32	<0,001
Лактат крови, ммоль/л	1,5±0,03	3,17±0,05	2,12±0,03	1,4±0,01	<0,001
ВБД II-III степени (n=3)					
ВБД, мм рт.ст.	16,9±0,18	14,41±0,07	13,85±0,24	11,24±0,61	<0,001
Лактат крови, ммоль/л	2,87±0,03	3,73±0,04	3,34±0,03	2,90±0,07	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей в динамике (по критерию Фридмана)

Как видно из таблицы 19, при ВБД I степени (n=5) за 24 часа после операции, показатели лактата крови и ВБД имели тенденцию к восстановлению, намного быстрее, по сравнению со 2-ой и 3-ей степени ВБД (показатели ВБД до операции составляли 16,9±0,18 мм рт.ст., показатели лактата крови составляли в среднем 2,87±0,03 ммоль/л, спустя 24 часа эти показатели составили соответственно 11,24±0,61 мм рт.ст. и 2,90±0,07 ммоль/л соответственно). В целом проведенные исследования показателей ВБД и лактата крови у женщин с НСП ОБП и гениталия, осложненным внутренним кровотечением, разной степени показали определенную информативность уровня лактата крови (рис. 15).

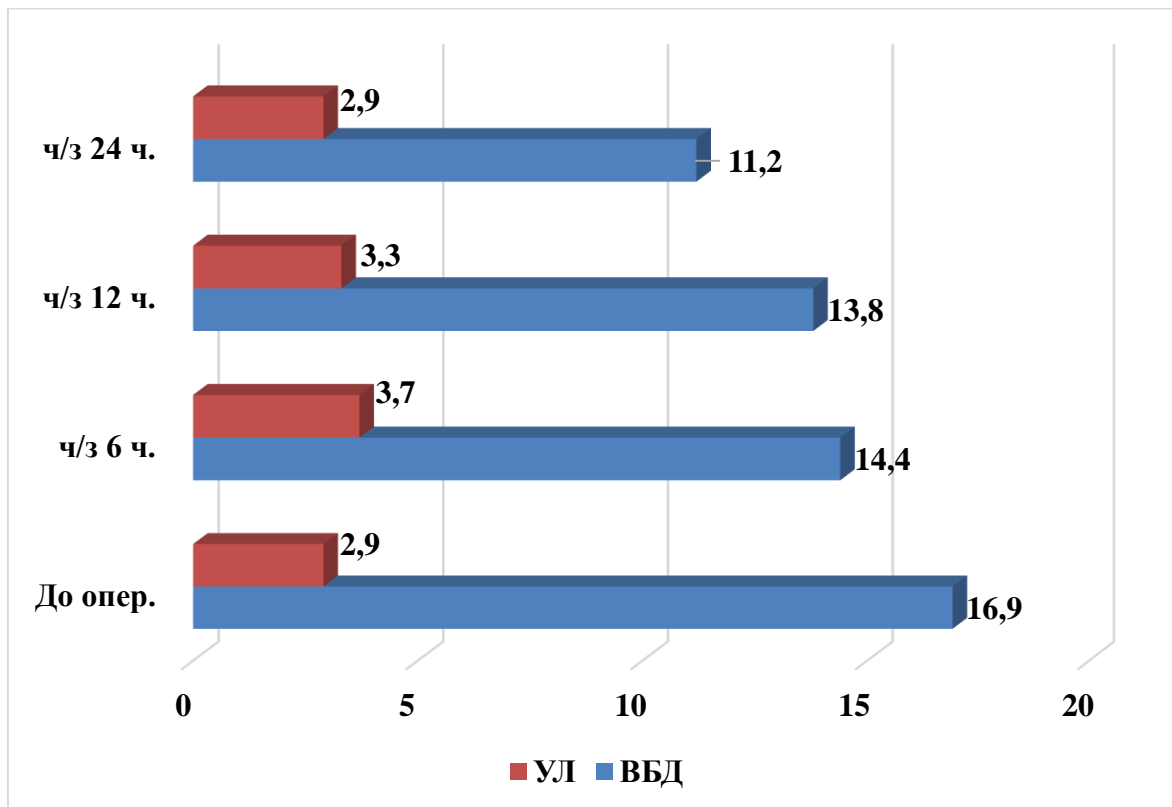


Рис. 15. - Изменение показателей ВБД и лактата крови при I-ой степени ВБД

Примечание: УЛ – уровень лактата, ммоль/л, ВБД – внутрибрюшное давление, мм рт.ст.

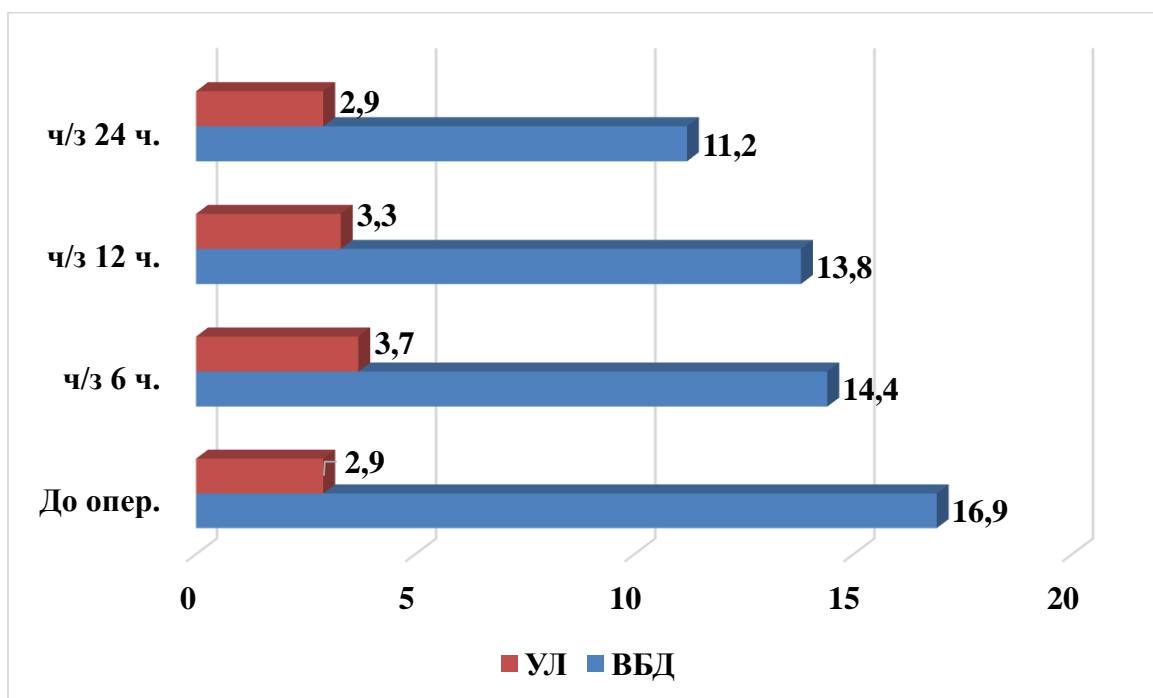


Рис. 16. - Изменение показателей ВБД и лактата крови при II и III - ой степени ВБД

Следует отметить, что у пациентов с I степени ВБД, для коррекции последнего также параллельно были применены консервативные мероприятия, как вставление назогастрального зонда, клизмы, перидуральная анестезия, применение миореклаксантов и антигипоксантов.

В 25 (20,8%) случаях острого калькулезного холецистита, у женщин выявлена миома матки, которые с анамнеза имели осложненные формы, как неоднократное маточное кровотечение. После проведения комплекса диагностических исследований и предоперационной подготовки вставлена показание к симультанной лапароскопической холецистэктомии, консервативной миомэктомии (n=3) и ампутации матки (n=22). Вмешательства произведены с применением 4 троакарных портов.

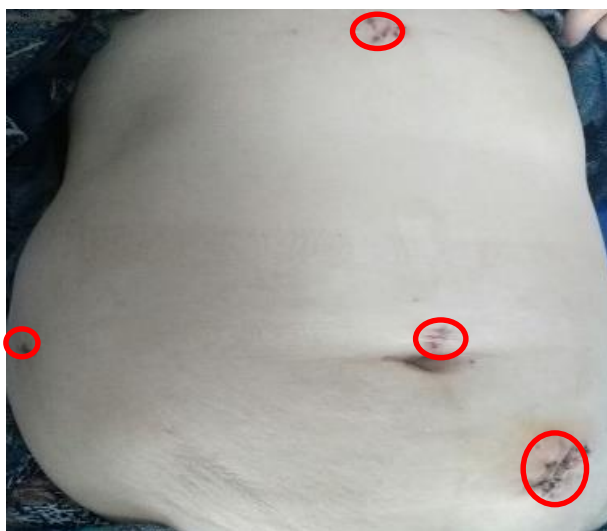


Рисунок 17. - Область лапаропортов при симультанной лапароскопической холецистэктомии и ампутации матки

У одной женщины при лапароскопии обнаружено массивный спаечный процесс малого таза (с анамнеза больная ранее перенесла тубэктомия справа). В связи с чем была произведено ЛХЭ + адгезиолизис + ампутация матки.

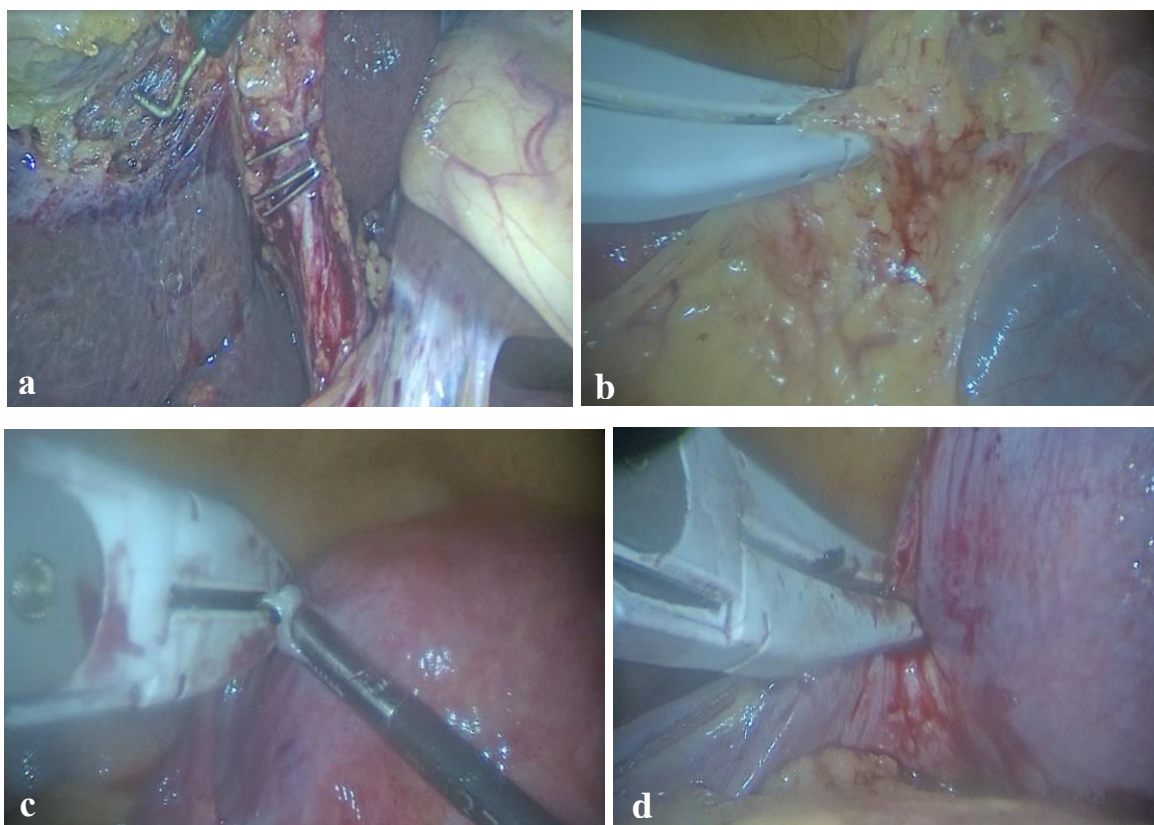


Рис. 18. - Этапы симультанной ЛХЭ (а), адгезиолизиса малого таза (b) и лапароскопической ампутации матки с применением технологии «LigaSure» (c, d)

Диссекция и гемостаз при симультанных вмешательствах проведено технологией «LigaSure», что отличается минимальным изменением близлежащих тканей. Вместе с тем при работе технологии «LigaSure» не происходит образование дыма, что, следовательно, сокращает время симультанных операций. К дополнительным преимуществам можно отнести, случаи, когда процесс диссекции или гемостаза проводится в непосредственной близости от камеры, за счёт образования мелкодисперсной взвеси, при биполярной электрокоагуляции условия обзора области воздействия периодически ухудшается. Последнее практически не встречается при применении технологии «Liga- Sure».

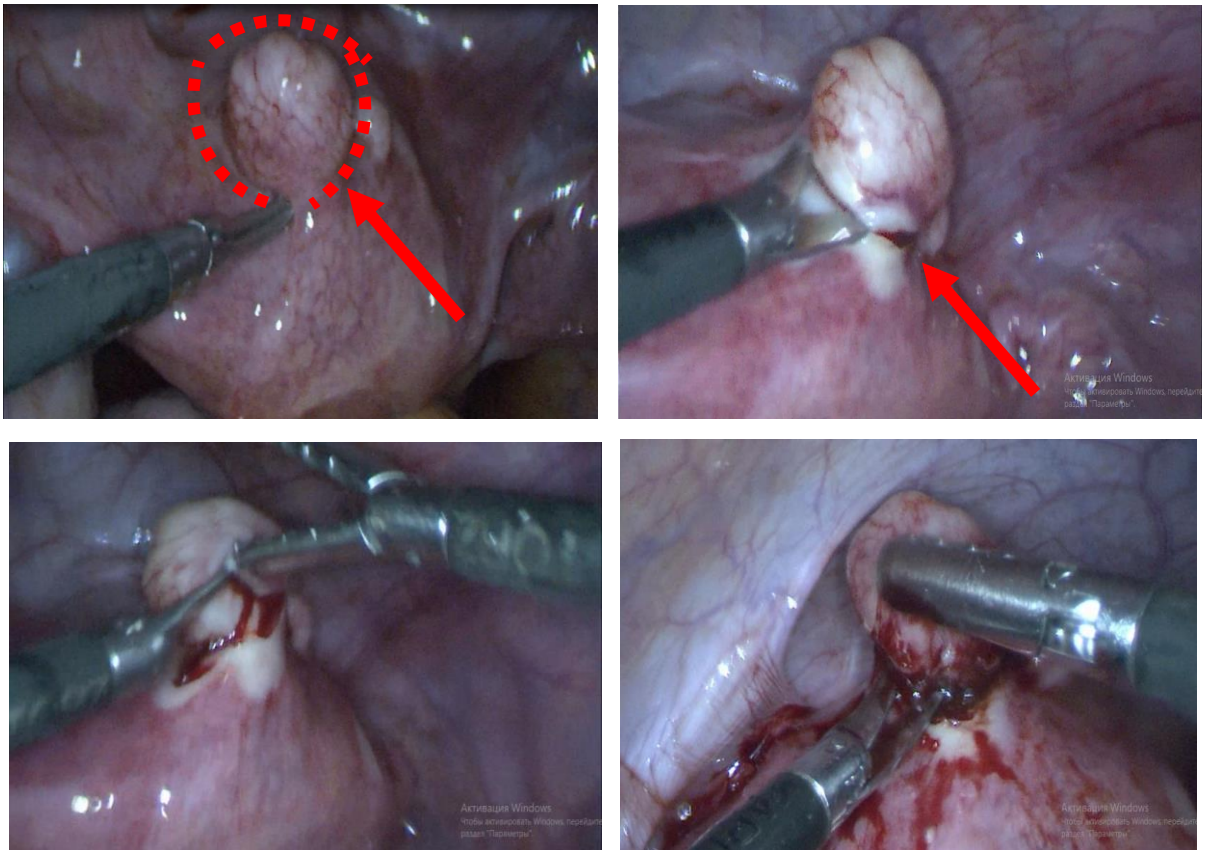


Рис. 19. - Субмукозная миома матки у женщины с сопутствующей пупочной грыжей. Этапы лапароскопической консервативной миомэктомии

В 15 (12,5%) женщины были госпитализированы с осложненными формами миомы матки (кровотечение у 5, перекрут и нагноение миоматозного узла – у 10 женщин), сопутствующей вправимыми грыжами передней брюшной стенки (пупочная грыжа - у 9 женщин, послеоперационная грыжа – у 3 и паховая грыжа – у 3). Учитывая изложенное также были произведены лапароскопические органосохраняющие (консервативная миомэктомия – в 7 наблюдениях) и органудаляющие (ампутация матки – в 8 наблюдениях) операции. Выбор того или иного метода операции решались совместным консилиумом как акушер-гинекологов, так и хирургов.

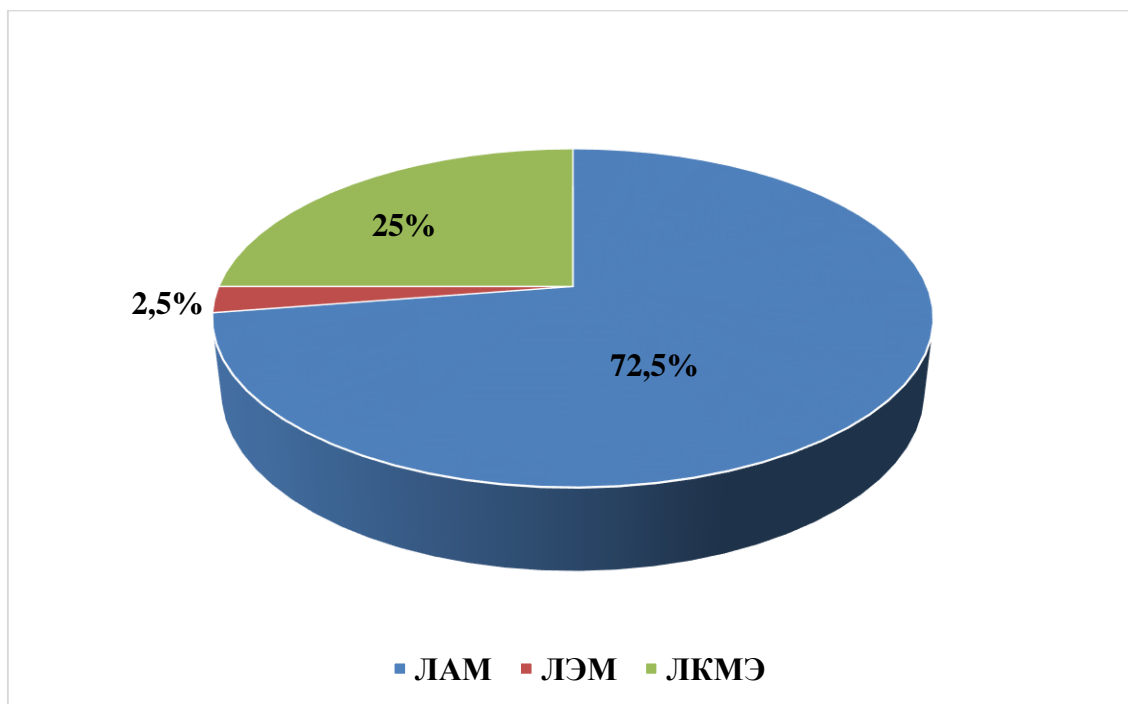


Рис. 20. - Варианты лапароскопических операций при сопутствующих и доминирующих патологиях миомы матки у женщин с НСП ОБП и гениталия

Примечание: ЛАМ – лапароскопическая ампутация матки, ЛЭМ – лапароскопическая экстирпация матки, КМЭ – лапароскопическая консервативная миомэктомия

В одном случае (2,5%) у пациентки установлена картина ОКХ, сопутствующей миомой матки, у которой имеется переход миоматозного узла в шейку. С учетом стабильности гемодинамики, и ранее досконального обследования по поводу миомы матки, включая морфологическое исследование из биоптата матки, совместным консилиумом с гинекологом, из-за прорастания миоматозного узла в шеечный отдел матки, не исключали возможности экстирпации. Действительно во время лапароскопии установлена переход узла по передней стенки шейки матки, что решало тактику в пользу экстирпации. После ЛХЭ поэтапно произведена мобилизация матки до шеечного отдела. В связи с техническими трудностями, возникшие в мобилизации шейки матки, мы считали целесообразным дальнейшую чресвлагалищную экстирпацию, что и было

выполнено. Макропрепарат был удален через влагалища. Пациентка выписана на 5 сутки в удовлетворительном состоянии.

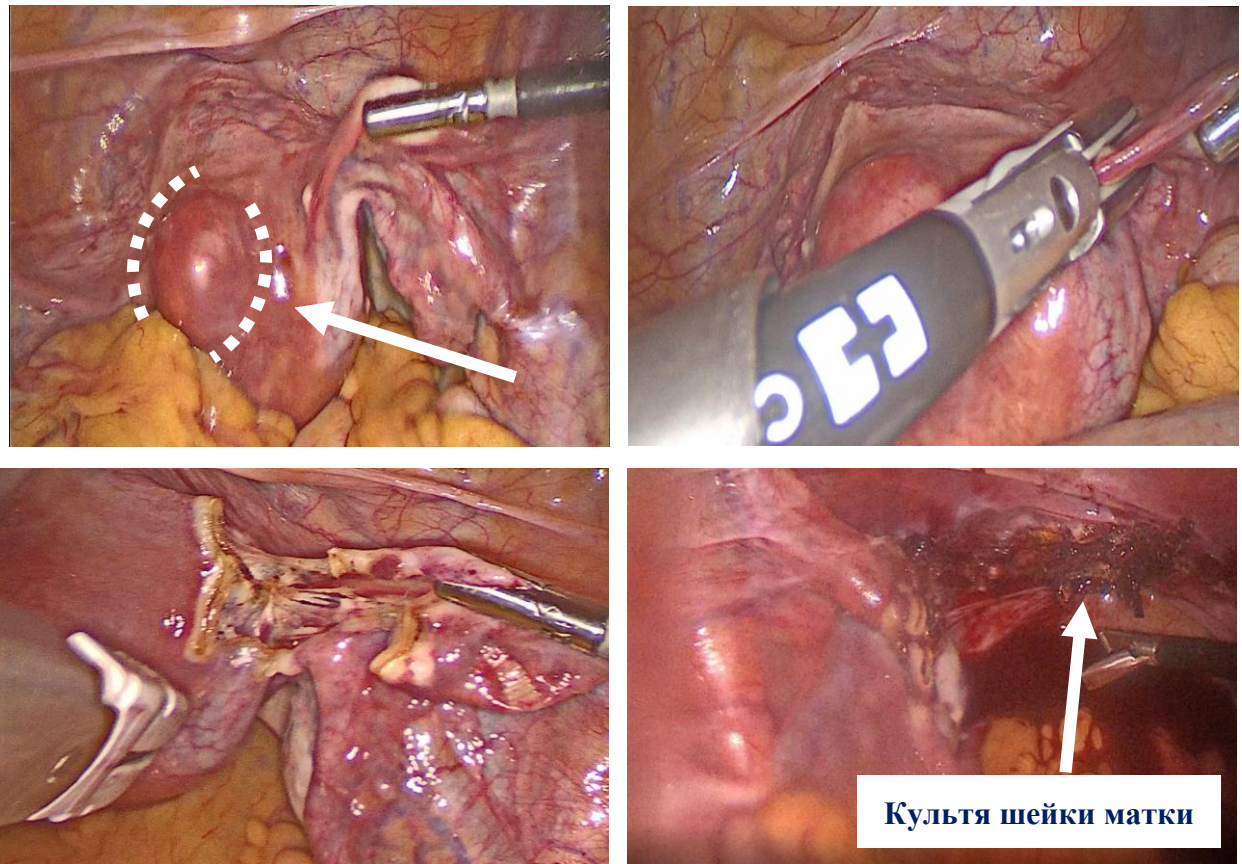


Рис.21. Этапы симультанной ЛХЭ и лапароскопической ампутации матки с применением технологии «LigaSure»

Как подробно изложено во второй главе, у 9 (7,5%) женщин отмечалась осложненных форм кисты яичника и спаечного процесса малого таза, т.е. наличие аднексальных спаек, что, в частности, являлись причинами вторичного бесплодия, у женщин детородного возраста. Следует отметить, что в целом у 66 (55,0%) женщин основной группы при лапароскопии имелась картина спаечного процесса разной степени. Однако последнее было наверняка связана с ранее перенесенными воспалительными процессами органов гениталия. С учетом изложенного в сравниваемых группах акцентировали лишь на 7,5% у которых имелись картина спаечной болезни малого таза III и IV степени.

Для оценки степени аднексальных спаек у данного контингента женщин, выявленных в ходе выполнения видео лапароскопии, применялась классификация r-AFS (1985), представленная в таблице 20.

Таблица 20. - Степень аднексальных спаек, сочетающиеся с острым аппендицитом (n=66)

Органы гениталия		Вид спаек	< 1/3 прикрыто	1/3 – 2/3 прикрыто	> 2/3 прикрыто
Маточные трубы	правая	пленчатые	1	2	4
		плотные	4	8	16
	левая	пленчатые	1	2	4
		плотные	4	8	16
Яичники	правый	пленчатые	1	2	4
		плотные	4	8	16
	левый	пленчатые	1	2	4
		плотные	4	8	16

Примечание: полное закрытие спайками фимбриального конца маточной трубы соответствует 16 баллам

Согласно степени спаечного процесса малого таза, у 29 (43,9%) женщин установлено спаечный процесс I степени, у 28 (42,4%) - II, у 7 (10,6%) – III, и у 2 (3,1%) – IV степени спаечного процесса.

Во всех случаях было выполнено лапароскопический адгезиолизис с восстановлением нормальной анатомии внутренних половых органов.

В 38 (57,6%) случаях из 66, по показаниям проведено гистероскопия и хромокопия. При этом типичная эндоскопическая картина хронического эндометрита установлено у 16 (42,1%) женщин указанной группы. Зачастую определялась бледно-розовая, неравномерной толщины и окраски слизистая оболочка, а участки истончения эндометрия - с выраженным сосудистым рисунком. Соскоб был умеренным или скудным. В 31 (81,6%) наблюдениях были выявлены синехии, в виде нежных белесых волокон, идущих от одной

стенки матки к другой. Преобладающей локализацией синехий (n=29) была область устья маточных труб.

При констатации вышеуказанных патологий гистероскопическими ножницами и щипцами производилось механическое разрушение синехий, с контрастированием маточных труб. В случае проходимости маточной трубы контраст полностью поступал в ее устье, создавая так называемый эффект «воронки», слегка окрашивая данную зону матки.

Диагноз эндометрит во всех случаях выставлялся только при обнаружении микробиологической обсемененности материала, взятого из полости матки.

Между тем крайне необходимо при НСП ОБП и гениталия определении критериев способа операции, как на ОБП, так и гениталии, с учетом доминирующего органа (табл. 21).

Таблица 21. - Критерии выбора последовательности лапароскопических операций при неотложных сочетанных патологиях органов брюшной полости и гениталия

Сочетание патологии	Первый этап	Второй этап
ЛХЭ - Острый калькулезный холецистит Цистэктомия/КРЯ - Киста яичника	+	+
ЛХЭ - Острый калькулезный холецистит Ампутация матки/КМ – миома матки	+	+
Аппендэктомия - Острый аппендицит Цистэктомия/КРЯ - Киста яичника	+	+
Ампутация матки/КМ – ОФ миомы матки Герниопластика – Грыжи ПБС	+	+
Цистэктомия/КРЯ - ОФ кисты яичника Герниопластика – Грыжи ПБС	+	+
Цистэктомия/КРЯ - ОФ кисты яичника Адгезиолизис – спаечная болезнь МТ	+	+

Примечание: ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, КРЯ – клиновидная резекция яичника, КМ – консервативная миомэктомия, ОФ – осложненные формы, ПБС – передняя брюшная стенка, МТ – малый таз.

Согласно приведенным объективным критериям при НСП ОБП и гениталия, выполняли различные по объёму и характеру лапароскопические органосохраняющие и орган удаляющие вмешательства.

4.2. Разработка способа профилактики опущения шейки матки при лапароскопической надвлагалищной ампутации матки

В ведущих клиниках мира совершенствование лечения миомы происходит преимущественно в результате использования новых технологий, что позволяет выполнять более щадящие и менее травматичные операции, снижающие риск осложнений и улучшающие качество жизни пациентов. Особенно популярным методом оперативного вмешательства в последние два 10-летия стал эндохирургический. Однако важным моментом как при лапароскопических, так и традиционных надвлагалищных ампутациях остается такие осложнения, как опущение культи шейки матки.

Исходя из вышеизложенного нами разработан новый способ лапароскопической надвлагалищной ампутации матки, что способствует профилактике опущения шейки матки в послеоперационном периоде.

Сущность способа заключается в том, что пациенткам с миомой матки, где показано над влагалищная ампутация, после планового комплексного обследования, производится лапароскопическая над влагалищная ампутация матки, с обработкой шейки по общеизвестным методам. После культи последовательно одной нитью фиксируется к обеим культям круглых связок, что обеспечивает надежную ее фиксацию. В последующем перитонизация культи проводится отдельной фиксацией заднего листка брюшины и край брюшины пузырно-маточной складки, по отдельности, взятые в кيسетный шов.

Метод применен при лечении 14 женщин с сочетанием ОКХ и миомой матки. Обследование и лечение проводили с соблюдением основных норм биомедицинской этики.

Заявленный способ характеризуется следующими клиническими примерами из практики.

Пример. Пациентка З., 43 года (№ ист. 149), госпитализирован в отделение гинекологии с диагнозом: Миома матки. При поступлении состояние женщины средней степени тяжести. С анамнеза в течение 12 последних лет болеет миомой матки. Неоднократно появляются эпизоды маточного кровотечения. Периодически получило консервативное лечение в условиях стационара и амбулаторно, без эффекта. Сознание ясное. Нормостенического телосложения. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки розовые, тургор кожи сохранено. Аускультативно: в легких ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, пульс 70 уд. в минуту, АД 120/85 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируется. При влагалищном исследовании шейка матки не изменена, пальпируется увеличенная матка, безболезненная. На УЗ-сканировании матка увеличена в размере. Определяется два миоматозных узла, размерами 4,5х5,0 см и 6,0х6,0 см. Со стороны лабораторных методов исследования имеется незначительное снижение показателей красной крови (гемоглобин 100,0 г/л, эритроциты 3,0 млн), что связано с эпериодическими эпизодами маточного кровотечения, сахар крови 4,4 мкг/л. На R-графии грудной клетки патологий нет. После соответствующе предоперационной подготовки, совместно с реаниматологом, пациентка взята на плановую лапароскопическую ампутацию матки. Под общим наркозом, положение пациента на операционном столе, лежа на спине (положение Тренделенбурга), 10 мм проколом в параумбиликальной области в брюшную полость введена камера. Показатели карбоксиперитонеума держалась в пределах 12-13 мм рт.ст. Произведено ревизия брюшной полости и органов малого таза.

В последующим под контролем лапароскопа вводили 5 мм троакар подвздошной области справа и 2-ой 5 мм с одноименной точки слева. Поэтапно с контролем гемостаза матка огалено, с сохранением придатков.

Произведено надвлагалищная ампутация с обработкой шейки по общеизвестным методам. После культя последовательно одной нитью фиксировали к обеим культям круглых связок, что обеспечивает надежную ее фиксацию. В последующем перитонизация культи проводили отдельной фиксацией заднего листка брюшины и край брюшины пузырьно-маточной складки, по отдельности, взятые в кисетный шов. Матка удалена с помощью марцелятора. После контрольного осмотра брюшной полости и дессуфляции троакарные раны послойно ушивались.

Послеоперационный период у пациентки протекало гладко. Выписана на 3-е сутки в удовлетворительном состоянии на дальнейшее амбулаторное лечение у гинеколога по месту жительства.

До операции у женщин с НСП ОБП и гениталия в обязательном порядке придавали значение юридическим аспектам и всех женщин информировали об объеме предстоящей ЛСО, и получали их добровольное согласие. Наряду с этим, женщинам объясняли преимущества ЛСО, информировали о необходимости и риске повторной операции и наркоза, экономических расходах и косметических результатах поэтапного хирургического лечения СП ОБП и гениталия.

4.3. Сравнительный анализ результатов лечения женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия с использованием традиционных и малоинвазивных вмешательств

Сравнительный результат лапароскопических и традиционных методов лечения женщин с НСП ОБП и гениталия, позволило нам разработать алгоритм хирургической тактики, с определением показаний и этапности выполнения вмешательств в лечении этой категории пациенток.

Предметом сравнения явилась группа женщин, оперированные лапароскопически (n=120) и группа – с традиционными способами лечения (n=120).

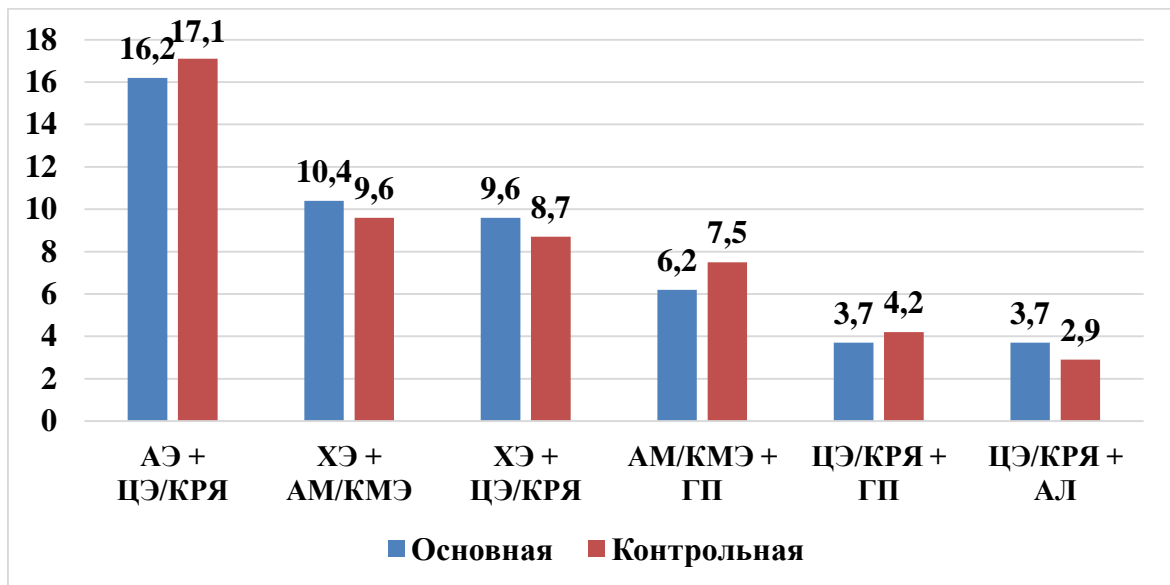


Рис. 22. Соотношение симультанных лапароскопических и открытых способов лечения женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия (в %).

Примечание: АЭ+ЦЭ/КРЯ – аппендэктомия + цистэктомия/ клиновидная резекция яичника, ХЭ+АМ/КМЭ – холецистэктомия+ампутация матки/консервативная миомэктомия, ГП – герниопластика, АЛ – адгезиолизис.

Разновидности лапароскопических вмешательств включали в себя: аппендэктомия+цистэктомия или клиновидная резекция правого яичника (16,2%), холецистэктомия+ампутация матки или консервативная миомэктомия (10,4%), холецистэктомия+цистэктомия или клиновидная резекция яичника (9,6%), ампутация матки или консервативная миомэктомия+герниопластика (6,2%), цистэктомия или клиновидная резекция яичника+герниопластика (3,7%), цистэктомия или клиновидная резекция яичника+адгезиолизис (3,7%). В то время как традиционные операции у женщин с НСП ОБП и гениталия также включали: аппендэктомия+ цистэктомия или клиновидная резекция правого яичника (17,1%), холецистэктомия+ампутация матки или консервативная

миомэктомия (9,6%), холецистэктомия+цистэктомия или клиновидная резекция яичника (8,7%), ампутация матки или консервативная миомэктомия+герниопластика (7,5%), цистэктомия или клиновидная резекция яичника+герниопластика (4,2%), цистэктомия или клиновидная резекция яичника+адгезиолизис (2,9%).

По всем существующим критериям 1-ой и -ой группы женщин (возраст, пол, частота встречаемости СП, тяжесть состояния, сопутствующая патология) достоверных различий не обнаружено.

Такие показатели, как сроки удаления дренажной трубки, снижение микробной обсемененности урогенитального тракта, послеоперационное пребывание в стационаре и осложнения, пациентки оказались приемлемыми для сравнения групп.

Согласно литературным данным [37,82], положительная динамика пациенток с НСП ОБП и гениталия в послеоперационном периоде, в основном проявляется уменьшением или полным отсутствием болевого синдрома, симптомов интоксикации организма, уменьшением послеоперационного периода и быстрой реабилитации женщин.

Следует отметить, что сравнительные результаты проведенных исследований, лишней раз подтверждали преимущества видео лапароскопических операций в лечении НСП ОБП и гениталия, когда минимальная операционная травма и эффективные патогенетически обоснованные органосохраняющие и орган удаляющие операции, позволило быстрому снижению показателей эндогенной интоксикации, и соответственно скорейшей выписке женщин на дальнейшее лечение в амбулаторных условиях.

Необходимо акцентировать на то, что женщины детородного возраста зачастую после лапароскопических операций, на 2-3 сутки себя считали вполне здоровыми, и настаивали на выписку.

Таким образом, можно утверждать, что выбор лапароскопических вмешательств у женщин с НСП ОБП и гениталия, с наибольшей

вероятностью, является менее травматичным, максимально снижает послеоперационное пребывание пациента в стационаре, что в нашем исследовании составляло в среднем $4,8 \pm 1,7$ дней. А в сравнительном аспекте женщинам, которым произведены открытые операции, в послеоперационном периоде, по разным обстоятельствам, долгое время находились в стационаре, и в среднем пребывания составила $11,2 \pm 3,8$ дня ($p < 0,05$).

Указанные критерии закономерно повлияли на общее состояние женщин, что выразилось разнонаправленными изменениями индекса тяжести состояния в процессе хирургического лечения основной и контрольной групп. Лапароскопические вмешательства более заметно влияли на снижение основных параметров, в основном снижение интоксикации, болевого синдрома, а также способствует быстрой послеоперационной реабилитации.

Для анализа эффективности лапароскопических вмешательств у женщин с НСП ОБП и гениталия, в качестве сравнения была взята рандомизированная группа женщин, которые оперированы традиционными методами, в нашей клинике. В качестве сравнения учтены такие критерии, как длительность операции, продолжительность пребывания женщин на койке, количество послеоперационных осложнений и полная реабилитация пациенток (табл. 22).

Длительность операции при у женщин основной группы в среднем составило $59,4 \pm 11,7$ мин., а женщин группы сравнения - $73,8 \pm 13,4$ мин. Послеоперационный койко-день у женщин, оперированных лапароскопически, составил $4,8 \pm 1,7$, напротив $11,2 \pm 3,8$ после открытых операций. Послеоперационные осложнения у женщин основной и группы сравнения составили 7,5% и 13,3% соответственно (рис. 23).

Таблица 22. - Сравнительные критерии эффективности лапароскопических и открытых вмешательств у женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия ($M \pm SE$)

Критерии	ОГ (n=53)	ГС (n=35)	p
Длительность операции (мин.)	59,4±11,7	73,8±13,4	=0,000 (U =420,0; z =-4,33)
Послеоперационные койко- дни	4,8±1,7	11,2±3,8	=0,000 (U =0; z =-8,52)
Полная реабилитация (нед.)	3,1±0,3	6,8±0,2	=0,000 (U =0; z =-8,50)

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

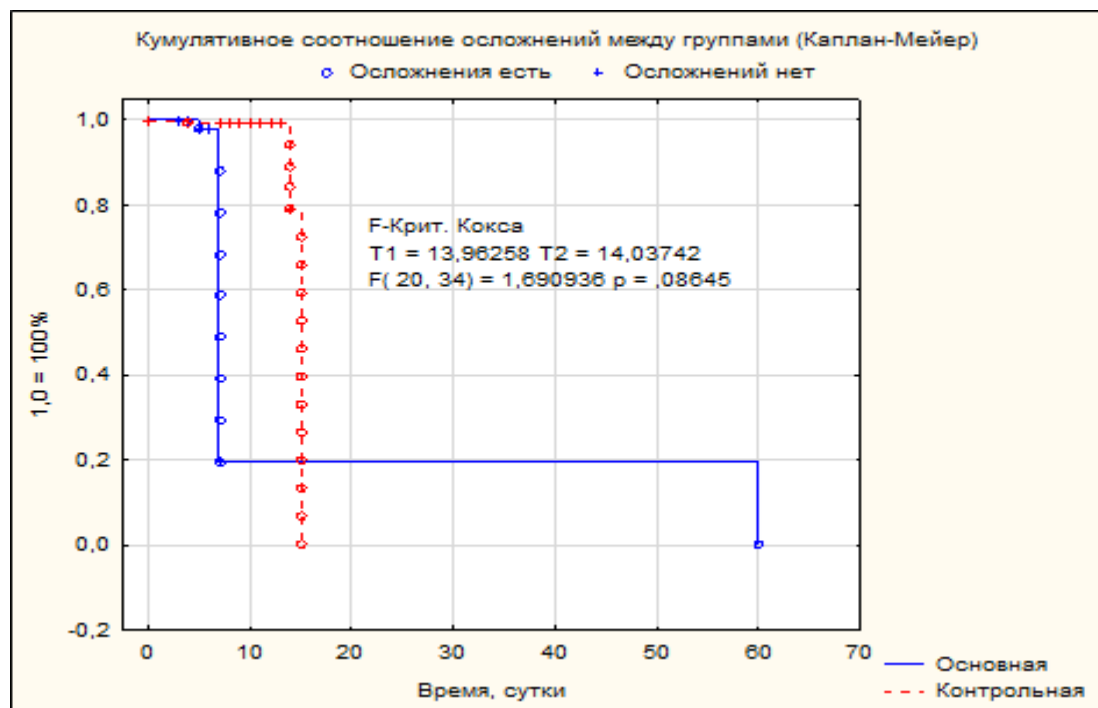


Рис. 23. Сравнительный анализ послеоперационных осложнений у женщин с НСП ОБП и гениталия

Закономерно полная реабилитация женщин, основной группы была меньше ($3,1 \pm 0,3$ недели), по сравнению с женщин группы сравнения ($6,8 \pm 0,2$

недель). Немаловажным критерием также является разрез (открытие операции зачастую требуют два отдельных доступа, как в верхнем этаже, так и в нижнем, или один широкий разрез, являясь весьма травматичным), которое непосредственно влияет на интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Осложнения после неотложных симультанных лапароскопических вмешательств отмечены у 9 (7,5%) женщин. Непродолжительное (в течение первых суток) выделение сукровичного отделяемого по контрольному дренажу отмечалось у 4 (3,3%) женщин, проведенные лапароскопический адгезиолизис с III и IV степени спаечного процесса малого таза, что были остановлены консервативными мероприятиями, не потребовавших повторных вмешательств. В 3 (2,5%) наблюдениях отмечено нагноение троакарных ран, и в 1 (0,8%) – желчеистечение, что ликвидирована консервативно. Случаев конверсии не было. Послеоперационный койко-день составило $4,8 \pm 1,7$.

Таблица 23. – Сравнительная структура и частота послеоперационных осложнений (классификация D. Dindo, P. Clavien, 2004)

Класс осложнений	Основная группа (n=120)		Контрольная группа (n=120)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
II	6	5,0	7	5,8	>0,05
III A	2	1,7	4	3,4	>0,05
III B	-	-	2	1,7	
IV A	1	1,7	3	2,5	>0,05
Всего	9	7,5	16	13,3	>0,05
Послеоперац-я летальность	-	-	-	-	-

Примечание: II – осложнения, требующие медикаментозной коррекции, III A – хирургические коррекции без общего обезболивания, III B – коррекция осложнений под общим обезболиванием, IV A – дисфункция одного органа; p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Из указанного анализа результатов хирургического лечения в сравниваемых группах, следует, что благодаря разработанным способам,

профилактики послеоперационных осложнений, основная группа женщин имеет значительные преимущества (включительно во всех классах осложнений). Так, осложнения в послеоперационном периоде у женщин группы сравнения достигала 13,3% (n=16), когда этот показатель у пациентов основной группы составил всего 7,5% (n=9), что меньше на 5,8% случаев.

4.4. Разработка способа мини инвазивного лечения послеоперационных абсцессов

Как выше указано, в послеоперационном периоде у одной женщины на 5-6 сутки послеоперационного периода, отмечено формирование одиночного послеоперационного абсцесса малого таза, размером 3,5x5,0 см, с густым содержимым. Считали целесообразным проводить коррекцию послеоперационного абсцесса, разработанным клинике способом мини инвазивного лечения послеоперационных абсцессов, сущность которого заключается в следующем: под местной анестезией под УЗ-контролем производят установку дренажа.

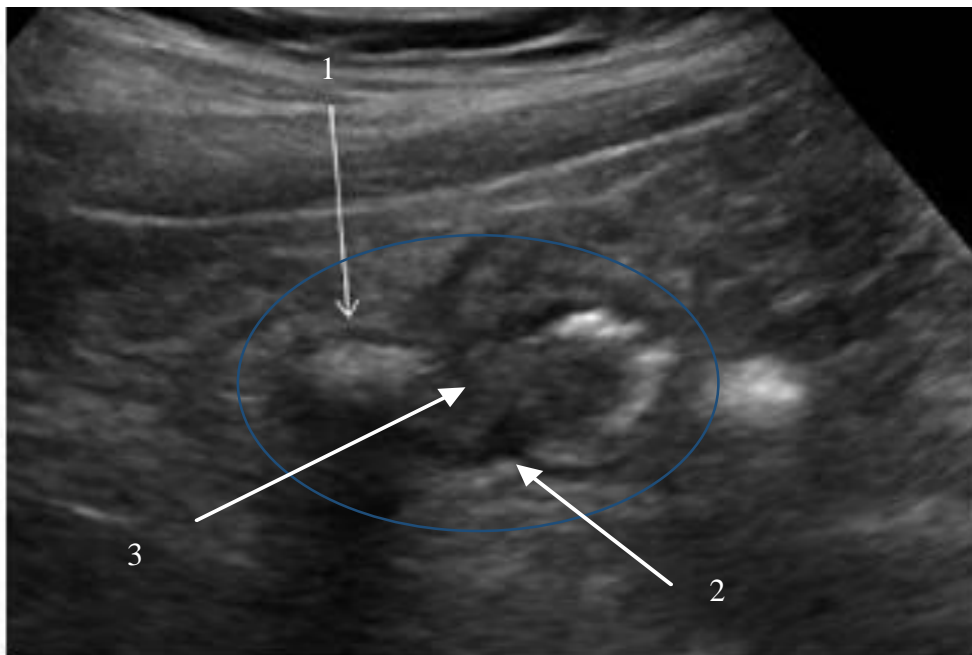




Рис. 24. - Этапы разработанного мини инвазивного лечения послеоперационных абсцессов

В последующем не менее 3-х раз выполняют ирригацию-аспирацию полости 0,9% раствором натрия хлорида, соблюдая при этом соотношение объема раствора и первоначально эвакуированного экссудата. В последующем полость абсцесса заполняют 0,1% раствором фурагина, объем которого равен объему первоначально эвакуированного экссудата. Канюлю дренажа перекрывают. Препарат выдерживают в полости в экспозиции 25-30 минут, что обусловлено длительностью жизненного цикла бактериальной флоры, после чего аспирируют. Затем по дренажу в полость абсцесса через установочную канюлю вводят фторопластовое оптоволоконно гелий-неонового лазера. Диаметр оптического волокна составляет 400 мкм, с длиной волны 632,8 нм (красная область спектра) и с длиной волны 1150,0 нм (инфракрасная область спектра). Плотность мощности на обеих длинах волн составляет 30-50 мВт/см², диаметр луча - 3 мм. Первоначально проводится облучение лазерным лучом длиной волны 632,8 нм в красной области спектра (экспозиция - 2 мин), а затем дополнительно через 10-15 минут проводится воздействие лазерным лучом длиной волны 1150 нм в инфракрасной области спектра (экспозиция - 2 мин). Общая продолжительность одного сеанса колеблется 25-30 мин.

После сеанса гелий-неоновой терапии дренаж ставят на пассивный отток. В дальнейшем послеоперационном периоде промывания полости абсцесса осуществляют 0,1% раствором фурагина.

Разработанный приводим в клиническом примере женщины после лапароскопической аппендэктомии и клиновидной резекции яичника, осложнившиеся послеоперационным абсцессом малого таза.

Пример: Пациентка К., 31 года, на 7 сутки после проведения операции: лапароскопическая ретроградная аппендэктомия. Клиновидная резекция правого яичника. Санация и дренирование брюшной полости, в отделении хирургии жалуется на боли в правой подвздошной области, повышении температуры тела 38,2-38,8°C. Женщина оперирована по поводу Острого деструктивно-перфоративного аппендицита, что попутно ее сопровождало киста правого яичника. Объективно: при пальпации передней брюшной стенки в правой подвздошной области отмечался плотноватой консистенции, болезненный при нажатии инфильтрат. При обследовании: в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз до $15,7 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом формулы влево. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) составила 4,5. Гематологический показатель интоксикации (ГПИ) – 11,5. Биохимические показатели крови были в пределах физиологической нормы. При УЗ-сканировании брюшной полости в правой подвздошной области, ближе к малому тазу, выявлено образование неправильной формы 5,2x3,3x3,3 см с ровными контурами, неоднородной структурой, сниженной эхогенности без признаков перистальтики в ней. Визуализируется гипоэхогенная структура в области культы червеобразного отростка, напоминающую длинную культу.

Выставлен клинический диагноз: Послеоперационный одиночный и однокамерный абсцесс малого таза. Учитывая стабильность общего состояния больного, без предварительной подготовки, под местной анестезией 0,5% раствором новокаина было выполнено дренирование абсцесса под УЗ-контролем. В полость абсцесса установлен дренаж 10 Fr.

Аспирировано 47-50 мл густого гнойного отделяемого (гной отправлен на бакпосев).

Далее по предлагаемой методике полость 3-хкратно промыта 0,9% раствором натрия хлорида. Затем в полость введен 50 мл 0,1% раствора фурагина. Дренаж перекрыт.

Больная из операционной направлена в палату. Через 30 минут в условиях перевязочной по дренажу проведена установочная канюля с ранее введенным в нее фторопластовым оптическим волокном диаметром 400 мкм. По волокну в полость абсцесса передавалось гелий-неонового лазера. Длина волны лазера составляла 632,8 нм (красная область спектра) и 1150,0 нм (инфракрасная область спектра). Плотность мощности на обеих длинах волн составлял 30-50 мВт/см², диаметр луча - 3 мм. Первоначально проводилась облучение лазерным лучом длиной волны 632,8 нм в красной области спектра (экспозиция - 2 мин), а затем дополнительно через 10-15 минут - воздействие лазерным лучом длиной волны 1150 нм в инфракрасной области спектра (экспозиция - 2 мин). Общая продолжительность сеанса составила 25-30 мин.

После сеанса лазеротерапии дренаж оставили на пассивный отток. На 2-е сутки из дренажа повторно был взят бакпосев, затем дренаж промыт 0,1% раствором фурагина. В дальнейшем проводилось ежедневное однократное промывание дренажа от 20 до 40 мл 0,1% раствором фурагина.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной через 2-часа после вмешательства активирован в пределах отделения. На начала 2-их суток отмечал значительное снижение болевого синдрома, нормализация температуры произошла через 3 суток после оперативного лечения.

Со стороны индекса интоксикации организма положительная динамика было отмечено на начала 3 сутки, выражающиеся снижением уровня лейкоцитов крови до $8,7 \times 10^9$ /л, показателей ЛИИ до 2,12, ГПИ - до 3,54. В бактериологическом посеве, полученном при дренировании полости,

выявлено массивное обсеменение proteus aureus. Бакпосев, взятый на 2-е сутки после мини-инвазивного вмешательства и сеанса лазеротерапии, перед промыванием раствором 0,1% фурагина - роста не дал. Пациентка на 4 сутки после мини-инвазивного вмешательства выписана домой в удовлетворительном состоянии. Через 8 суток после выписки, дренаж был удален.

Таким образом, полученные результаты СЛО у женщин с НП ОБП и гениталия, свидетельствуют о высокой эффективности малоинвазивных вмешательств. Преимущества последнего заключается в широком обзорном доступе, для диагностики сочетанных патологий, обеспечивают малоинвазивность операции, симультанное лечение сразу нескольких сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия, снижают до минимума частоту послеоперационных осложнений, уменьшают сроки госпитализации и выздоровления, демонстрируют отличные косметические результаты и качество жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование направлено на улучшение результатов лечения женщин с неотложными сочетанными патологиями БП и гениталия, применением неинвазивных методов диагностики и малоинвазивных методов лечения. В связи с этим нами проведено исследование 240 женщин с сочетанными острыми патологиями ОБП и гениталия, поступивших в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» и в ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» и Родильный дом №2 г. Душанбе, являющихся клиническими базами кафедры хирургических болезней №1 и акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период 2012 по 2020 годы. Следует отметить, что более 87,0% женщин с сочетанными ОП ОБП и гениталия, составили пациентки детородного возраста. Женщины старших возрастных категорий (старше 50 лет) - 12,5%.

По частоте сочетания ОП ОБП и гениталия, превалировало острый аппендицит и различные осложненные формы кисты правого яичника, что составило 33,3% (n=80) пациенток. Наряду с этим встречались такие сочетания, как ОКХ + миома матки - 20,0%, ОКХ + киста яичника – 18,3%, осложненные формы миомы матки + грыжи ПБС – 13,7%, осложненные формы кисты яичника + грыжи ПБС – 7,9%, осложненные формы кисты яичника + спаечная болезнь – 6,7%.

Анализ частоты и характера встречаемости ОП ОБП и гениталия, показывает стабильную госпитализацию женщин в хирургические отделения, что вполне соответствует литературным данным. Однако, среди нозологий, превалирующей ОГЗ, являются острые патологии яичника, что сопутствовали деструкции червеобразного отростка (n=80), ОКХ (n=44) и миома матки (n=48). В целом, сочетание ОП в таком ракурсе, однозначно частое, среди сочетаний других органов и систем.

Судья по характеру встречаемости сочетанных ОП ОБП и гениталия, ведущее место отводится острому аппендициту, которой сопутствует киста правого яичника, что за последние 11 лет варьировали в пределах 32,3-36,9%.

Практически все женщины (n=76) с этим диагнозом первично обратились в приемное отделение хирургического стационара с диагнозом «острый аппендицит». Наличие СП диагностирована в 94,7% (n=72) наблюдений. В 4 (5,3%) случаях сочетание диагностирована на операционном столе. Вторым по характеру сочетаний оказалось ОКХ, сопутствующей миомой матки, что варьировала в пределах 11,5-20,0% случаев. Сложность в постановке своевременного диагноза и доминирование того или иного органа у этой категории женщин, не инвазивными методами, порой очень сложно.

Закономерно, пациентки и острыми патологиями ОБП и гениталия, в основном госпитализированы в первые 48 часов от момента заболевания. Особый интерес поступивших женщин представляло, 33,8% - которые были доставлены в удовлетворительном состоянии, что позволило провести дифференциальную диагностику, и комплексное обследование, совместно с врачами гинекологами. Указанное обстоятельство в свою очередь высказывалось на такой фактор, как длительность нахождения женщин в отделении приемного покоя., что в среднем составило 4,5-5 часов.

Непарадоксально, что узловым моментом, непосредственно влияющий на исход любой неотложной патологии, считается промежуток времени, от момента возникновения того или иного осложнения острой патологии, до проведения операции. До 24 часов госпитализированы 51 (42,5%) женщин основной и 48 (40,0%) – контрольной. К этой категории относились в основном осложненные формы ОЗГ, как осложнение патологии яичника (разрыв, перекрут – 13 и 14 женщин соответственно), осложненные формы миомы матки (некроз миоматозного узла, кровотечение – 12 и 13 женщин соответственно), так и острый аппендицит (26 женщин в основной группе, 21 - в контрольной).

Анализ характера поступления больных в стационар показал, что 43,8% женщин были доставлены бригадой СМП (46,7% и 40,8%, соответственно, в сравниваемых группах). При этом 18,3% женщин госпитализированы в

хирургические отделения, после осмотра врача гинеколога женской консультации или амбулатории по месту жительства (17,5% и 19,2%, соответственно). Вместе с тем, 31,3% пациенток доставлены попутным транспортом с острым болевым синдромом в животе.

В целом, среди исследуемых женщин основной группы в 69 (57,5%) наблюдениях верифицирован первичный или доминирующий диагноз ОП ОБП, когда в контрольной группе этот составило 59,2%.

До проведения операций и выбора тактики хирургического лечения у 40 (33,3%) женщин с миомой тела матки (n=25) и ее осложненных форм (n=15) тщательно изучали репродуктивный анамнез, что по сути и определяло объем проводимого вмешательства, включая органосохраняющие и орган удаляющие.

Показаниями к оперативному лечению у женщин с неосложненными формами миомы матки (n=25) служили выраженные клинические проявления с анамнеза заболевания (с учетом изучения амбулаторной карты наблюдения).

Практически все миоматозные узлы у женщин основной группы располагались по передней (n=28) и задней стенкам (n=11) матки. Лишь у одной женщины имелась миоматозный узел передней стенки, с переходом на шейку, что было произведено лапароскопически-ассистированная экстирпация матки.

Клиническая картина неотложных сочетанных патологий ОБП и гениталия с учетом различных локализаций органов, имели разноречивый характер, и закономерно зависели от процесса воспаления доминирующего органа.

Так, боли в область гипогастрии были отмечены в 63 (52,5%) наблюдениях женщин основной группы, когда в контрольной группе указанный признак отмечено в 64 (53,3%) случаях. Однако, боли в область гипогастрии не во всех этих случаях были связаны с доминированием ОЗГ (в 39 и 41 случаях, соответственно, имело место превалирование клиники ОА).

В остальных 48 (40,0%) и 44 (36,7%) наблюдениях основной и контрольной группы доминировали ОП ОБП, что выражались БС в область эпигастрии и правого подреберья. Соответственно другие симптомы, как интоксикация, патологические выделения, повышение СОЭ и др. характеризовали ту или иную острую патологию ОБП и гениталия.

С целью диагностики сочетанных НП ОБП и гениталия были применены УЗ-исследование, МРТ и лапароскопия.

Женщинам основной группы (n=120) оперативные вмешательства, касательно коррекции НСП ОБП и гениталия, произведены малоинвазивным способом, с применением лапароскопической технологией. А женщинам контрольной группы (n=120) – традиционные, открытые операции.

Одним из поставленных задач настоящего исследования явилась изучение влияния операционного стресса на состояние СРО и антиоксидантной емкости крови у женщин с НСП ОБП и гениталий. Общеизвестно, что в целом острый период любого механического повреждения, сопровождается различным по интенсивности изменениям активности свободно-радикального окисления и активированием процессов ПОЛ. Указанное послужило основанием провести изучение содержания МДА, ДК и анализировать результаты спонтанной и индуцированной хемилюминисценции в крови женщин основной группы. Для сравнения провели исследование при госпитализации и через 24 часа после проведенного малоинвазивного вмешательства.

Закономерно, операционный стресс сопровождается значительным увеличением генерации активных форм кислорода и активацией процессов ПОЛ, о чем свидетельствует особенно достоверное повышение уровня спонтанной и индуцированной хемилюминисценции крови, а также МДА и ДК после 24 часов от момента операции.

Характер оксидантной активности крови у женщин с НСП ОБП и гениталия, указывает на повышение показателей МДА, ДК, ХЛс и ХЛи при госпитализации (на 40,0%, 35,0%, 36,0% и 44,0% выше по сравнению с

нормой соответственно). Однако, через 24 часа от момента проведения корригирующего вмешательства, указанные показатели реагировали разноречиво, т.е., показатели МДА и ДК значительно снизились ($3,4 \pm 0,1$ и $7,1 \pm 0,5$ мкмоль/л соответственно), а отмечено резкое и достоверное увеличение ХЛс и ХЛп, что наверняка свидетельствует о возникновении у женщин с НСП ОБП и гениталия окислительного стресса, который усугубляется на фоне проведенного вмешательства.

Немаловажно, что маркеры ОА порой выраженный у женщин с ОЗГ, как эндометриоз, поликистоз яичников, тазовые перитонеальные спайки, которые являются следствием перенесенного ОЗГ и других патологиях. В связи с изложенным нами у 13 женщин с кистами, СБ и картиной эндометриоза, проведено исследование жидкости брюшной полости, на исследование маркеров ОА.

Анализ показателей маркеров ОА и ПВЦ в перитонеальной жидкости, были отмечены аналогичные изменения, происходящие и в периферической крови, однако со значительными отклонениями цифр. Статистически значимо по сравнению с контрольной группой было увеличено содержание МДА и ДК, как у женщин с КЯ и эндометриозом ($7,7 \pm 1,2$ мкмоль/л), так и женщин с спаечным процессом малого таза (и $7,2 \pm 1,1$ мкмоль/л). Немаловажным индикатором воспаления, считается также провоспалительные цитокины, что, несомненно, были изменены в перитонеальной жидкости женщин обеих групп (ИЛ-1 - $18,6 \pm 2,2$ и $16,2 \pm 2,8$ пг/мл, ИЛ-6 - $5,8 \pm 2,2$ и $16,4 \pm 2,6$), что лишней раз подтверждали влияние воспалительного стресса, в т.ч. на образование спаечного процесса в малом тазу при ОЗГ. Как показали результаты исследования СРБ также оказалось на 46,0% и 90,0% выше, чем у здоровых женщин.

Указанное позволяет заключить, что состояние про- и антиоксидантной системы периферической крови и перитонеальной жидкости у женщин с НСП ОБП и гениталия, характеризуется интенсификацией процессов ПОЛ с развитием явлений окислительного стресса. Вероятно, изложенный процесс у

женщин с поликистозом или КЯ, может быть обусловлен гормонально-зависимой активацией аденилатциклазы, с последующим накоплением цАМФ в тканях яичника, что ранее подтверждено в исследованиях разных авторов [13,49,112].

Как показала анализ исследования, при госпитализации женщин с НСП ОБП и гениталия, отмечается снижение показателей общей АА на 53,0%, а через 24 часа после операции – на 62,0%, что вероятнее всего связана с коррекцией острой патологии гениталия.

Для достоверного анализа и соответствующей коррекции из полости матки 44 (36,7%) женщин основной группы выполнено бактериоскопическое исследование мазков из влагалища из трех точек: уретра, задний свод влагалища, цервикальный канал, что в последующем соответственно эти показатели сопоставлялись.

При проведении микробиологических исследований урогенитального тракта (n=33) у женщин с НСП ОБП и гениталия, наиболее часто определялись ассоциации от 2 до 5 условно-патогенных микроорганизмов. Наиболее частым определялись аэробно-анаэробные ассоциации, что составило 39,4% (n=13), аэробно-аэробные встречались - в 33,3% (n=11) и анаэробно-анаэробные ассоциации в 27,3% (n=9). В целом анаэробы в ассоциациях составили 51,5%, а аэробы – 48,5%.

Женщины с доминирующими осложненными формами ОЗГ, в частности сопровождалась ассоциацией коагулазоотрицательных стафилококков (*S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*) и наименьшей долей - коагулазоположительных стафилококков (*S. aureus*).

Как показывает характер встречаемости микрофлоры, у исследованных женщины с НСП ОБП и гениталия, были выявлены наиболее часто встречаемый спектр условно-патогенной флоры, с преобладанием таких микроорганизмов как *Ur. Ureaiticus* (15,2%), *Candida* (12,1%), *G. Vaginalis* и *E. Coli* (по 6,1% соответственно).

Таким образом, у женщин, с НСП ОБП и гениталия, наблюдалась высокая частота встречаемости условно-патогенной микрофлоры в цервикальном канале, что крайне необходимо учесть при консервативной коррекции ОЗГ.

Следует отметить, что эффективность УЗ-сканирования и МРТ у женщин с НП ОБП и гениталия составило 81,6% и 85,8% соответственно. При этом стоит отметить, что чувствительность КТ-исследования при диагностике НСП ОБП и гениталия доходит до 95-97%, тогда как традиционные методы рентгенологического исследования были менее информативными. В то же время информативность диагностической видеолапароскопии составляла 100%.

Группа авторов [1,3] утверждают, что длительный карбоксиперитонеум во время симультанной лапароскопической операций при хирургических и гинекологических патологиях, не оказывает существенного влияния на показатели гемодинамики в послеоперационном периоде, что расширяет возможности проведения указанных симультанных вмешательств.

Немаловажно, что одним из важных моментов, влияющих на состояние женщин при сочетании с патологиями ОБП, является внутреннее кровотечение. Данное осложнение было отмечено в 19 (15,8%) наблюдениях, осложненных форм кист яичника и миомы матки (при разрыве кисты яичников (n=12) и кровотечениях из миоматозных узлов матки (n=12). В связи с этим, мы сочли приемлемым учитывать у этой категории больных ШИ Альговера, зависимость её величины от объема кровопотери. По результатам последнего в совокупности с проведенным лабораторными и инструментальными методами исследования, были вставлены показания к оперативным вмешательствам.

У 3 (15,8%) женщин тяжелым геморрагическим шоком, госпитализированные с нестабильной гемодинамикой, применяли активную тактику введения, т.е. женщинам на операционном столе вставлены

катетеризации подключичной вены и начата применение противошоковых мероприятий, забор крови для проведения лабораторного анализа.

У женщин, с объемом кровопотери более 1,0 литра (n=8), считали целесообразным изучить характер изменений показателей лактата крови и ВБД (в зависимости от степени) до проведения видеолапароскопии и в послеоперационном периоде.

При ВБД I степени (n=5) за 24 часа после операции, показатели лактата крови и ВБД имели тенденцию к восстановлению, намного быстрее, по сравнению со 2-ой и 3-ей степени ВБД (показатели ВБД до операции составляли $16,9 \pm 0,18$ мм рт.ст., показатели лактата крови составляли в среднем $2,87 \pm 0,03$ ммоль/л, спустя 24 часа эти показатели составили соответственно $11,24 \pm 0,61$ мм рт.ст. и $2,90 \pm 0,07$ ммоль/л соответственно). В целом проведенные исследования показателей ВБД и лактата крови у женщин с НСП ОБП и гениталия, осложненным внутренним кровотечением, разной степени показали определенную информативность уровня лактата крови.

В 25 (20,8%) случаях острого калькулезного холецистита, у женщин выявлена миома матки, которые с анамнеза имели осложненные формы, как неоднократное маточное кровотечение. После проведения комплекса диагностических исследований и предоперационной подготовки вставлена показание к симультанной лапароскопической холецистэктомии, консервативной миомэктомии (n=3) и ампутации матки (n=22). Вмешательства произведены с применением 4 троакарных портов.

У одной женщины при лапароскопии обнаружено массивный спаечный процесс малого таза (с анамнеза больная ранее перенесла тубэктомия справа). В связи с чем была произведено ЛХЭ + адгезиолизис + ампутация матки.

В 15 (12,5%) женщины были госпитализированы с осложненными формами миомы матки (кровотечение у 5, перекрут и нагноение миоматозного узла – у 10 женщин), сопутствующей вправимыми грыжами

передней брюшной стенки (пупочная грыжа - у 9 женщин, послеоперационная грыжа – у 3 и паховая грыжа – у 3). Учитывая изложенное также были произведены лапароскопические органосохраняющие (консервативная миомэктомия – в 7 наблюдениях) и органудаляющие (ампутация матки – в 8 наблюдениях).

Как подробно изложено во второй главе, у 9 (7,5%) женщин отмечалась осложненных форм кисты яичника и спаечного процесса малого таза, т.е. наличие аднексальных спаек, что, в частности, являлись причинами вторичного бесплодия, у женщин детородного возраста. Следует отметить, что в целом у 66 (55,0%) женщин основной группы при лапароскопии имелась картина спаечного процесса разной степени. С учетом изложенного в сравниваемых группах акцентировали лишь на 7,5% у которых имелись картина спаечной болезни малого таза III и IV степени.

Согласно степени спаечного процесса малого таза, у 29 (43,9%) женщин установлено спаечный процесс I степени, у 28 (42,4%) - II, у 7 (10,6%) – III, и у 2 (3,1%) – IV степени спаечного процесса.

Во всех случаях было выполнено лапароскопический адгезиолизис с восстановлением нормальной анатомии внутренних половых органов.

В ведущих клиниках мира совершенствование лечения миомы происходит преимущественно в результате использования новых технологий, что позволяет выполнять более щадящие и менее травматичные операции, снижающие риск осложнений и улучшающие качество жизни пациентов. Особенно популярным методом оперативного вмешательства в последние два 10-летия стал эндохирургический. Однако важным моментом как при лапароскопических, так и традиционных надвлагалищных ампутациях остается такие осложнения, как опущение культи шейки матки.

Исходя из вышеизложенного нами разработан новый способ лапароскопической надвлагалищной ампутации матки, что способствует профилактике опущения шейки матки в послеоперационном периоде.

Сравнительный результат лапароскопических и традиционных методов лечения женщин с НСП ОБП и гениталия, позволило нам разработать алгоритм хирургической тактики, с определением показаний и этапности выполнения вмешательств в лечении этой категории пациенток.

Предметом сравнения явилась группа женщин, оперированные лапароскопически (n=120) и группа – с традиционными способами лечения (n=120).

Разновидности лапароскопических вмешательств включали в себя: аппендэктомия+цистэктомия или клиновидная резекция правого яичника (16,2%), холецистэктомия+ампутация матки или консервативная миомэктомия (10,4%), холецистэктомия+цистэктомия или клиновидная резекция яичника (9,6%), ампутация матки или консервативная миомэктомия+герниопластика (6,2%), цистэктомия или клиновидная резекция яичника+герниопластика (3,7%), цистэктомия или клиновидная резекция яичника+адгезиолизис (3,7%). В то время как традиционные операции у женщин с НСП ОБП и гениталия также включали: аппендэктомия+ цистэктомия или клиновидная резекция правого яичника (17,1%), холецистэктомия+ампутация матки или консервативная миомэктомия (9,6%), холецистэктомия+цистэктомия или клиновидная резекция яичника (8,7%), ампутация матки или консервативная миомэктомия+герниопластика (7,5%), цистэктомия или клиновидная резекция яичника+герниопластика (4,2%), цистэктомия или клиновидная резекция яичника+адгезиолизис (2,9%).

По всем существующим критериям 1-ой и -ой группы женщин (возраст, пол, частота встречаемости СП, тяжесть состояния, сопутствующая патология) достоверных различий не обнаружено.

Согласно литературным данным [37,82], положительная динамика пациенток с НСП ОБП и гениталия в послеоперационном периоде, в основном проявляется уменьшением или полным отсутствием болевого

синдрома, симптомов интоксикации организма, уменьшением послеоперационного периода и быстрой реабилитации женщин.

Таким образом, можно утверждать, что выбор лапароскопических вмешательств у женщин с НСП ОБП и гениталия, с наибольшей вероятностью, является менее травматичным, максимально снижает послеоперационное пребывание пациента в стационаре, что в нашем исследовании составляло в среднем $4,8 \pm 1,7$ дней. А в сравнительном аспекте женщинам, которым произведены открытые операции, в послеоперационном периоде, по разным обстоятельствам, долгое время находились в стационаре, и в среднем пребывания составила $11,2 \pm 3,8$ дня.

Указанные критерии закономерно повлияли на общее состояние женщин, что выразилось разнонаправленными изменениями индекса тяжести состояния в процессе хирургического лечения основной и контрольной групп. Лапароскопические вмешательства более заметно влияли на снижение основных параметров, в основном снижение интоксикации, болевого синдрома, а также способствует быстрой послеоперационной реабилитации.

Для анализа эффективности лапароскопических вмешательств у женщин с НСП ОБП и гениталия, в качестве сравнения была взята рандомизированная группа женщин, которые оперированы традиционными методами, в нашей клинике. В качестве сравнения учтены такие критерии, как длительность операции, продолжительность пребывания женщин на койке, количество послеоперационных осложнений и полная реабилитация пациенток.

Длительность операции при у женщин основной группы в среднем составило $59,4 \pm 11,7$ мин., а женщин группы сравнения - $73,8 \pm 13,4$ мин. Послеоперационный койко-день у женщин, оперированных лапароскопически, составил $4,8 \pm 1,7$, напротив $11,2 \pm 3,8$ после открытых операций. Послеоперационные осложнения у женщин основной и группы сравнения составили 7,5% и 13,3% соответственно.

Осложнения после неотложных симультанных лапароскопических вмешательств отмечены у 9 (7,5%) женщин. Непродолжительное (в течение первых суток) выделение сукровичного отделяемого по контрольному дренажу отмечалось у 4 (3,3%) женщин, проведенные лапароскопический адгезиолизис с III и IV степени спаечного процесса малого таза, что были остановлены консервативными мероприятиями, не потребовавших повторных вмешательств. В 3 (2,5%) наблюдениях отмечено нагноение троакарных ран, и в 1 (0,8%) – желчеистечение, что ликвидирована консервативно. Случаев конверсии не было. Послеоперационный койко-день составило $4,8 \pm 1,7$.

Из указанного анализа результатов хирургического лечения в сравниваемых группах, следует, что благодаря разработанным способам, профилактики послеоперационных осложнений, основная группа женщин имеет значительные преимущества (включительно во всех классах осложнений). Так, осложнения в послеоперационном периоде у женщин группы сравнения достигала 13,3% (n=16), когда этот показатель у пациентов основной группы составил всего 7,5% (n=9), что меньше на 5,8% случаев.

Таким образом, полученные результаты СЛО у женщин с НП ОБП и гениталия, свидетельствуют о высокой эффективности малоинвазивных вмешательств. Преимущества последнего заключается в широком обзорном доступе, для диагностики сочетанных патологий, обеспечивают малоинвазивность операции, симультанное лечение сразу нескольких сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия, снижают до минимума частоту послеоперационных осложнений, уменьшают сроки госпитализации и выздоровления, демонстрируют отличные косметические результаты и качество жизни.

ВЫВОДЫ

1. Неотложные сочетанные патологии органов брюшной полости и гениталия характеризуются в основном сочетанием острого аппендицита и кисты правого яичника в 33,3% случаев, острого калькулезного холецистита и миомы матки в 20,0% и острого калькулезного холецистита, сопутствующей кистой яичника в 18,3%, которые сопровождаются тем или иными осложнениями.
2. При неотложных сочетанных патологиях органов брюшной полости и гениталия состояние про- и антиоксидантной системы периферической крови и перитонеальной жидкости, характеризуется интенсификацией процессов ПОЛ с развитием явлений окислительного стресса, в частности с нарастанием в первые 24 часа после операций.
3. Неотложные сочетанные патологии органов брюшной полости и гениталия характеризуется преобладанием в этиологической структуре ассоциаций условно-патогенных аэробно-анаэробных микроорганизмов (39,4%), и малой информативностью общепринятых методов лабораторного исследования.
4. Разработанный алгоритм диагностики и лечения женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия позволяет достоверно оптимизировать сроки обследования, этапность и время оперативного лечения и снизить количество послеоперационных осложнений и летальности.
5. Разработанные способы профилактики послеоперационных осложнений, у женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталия, позволило снизить послеоперационные осложнения с 13,7% до 7,5% случаев.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Дифференциально-диагностические мероприятия у женщин с тяжелыми осложнениями неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталия на операционном столе, должны осуществляться параллельно с реанимационным и хирургическим пособием для устранения жизнеугрожающего состояния женщин.
2. У женщин с тяжелыми осложнениями неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталия, в первую очередь, следует проводить оперативные вмешательства, реанимационной направленности, для устранения последствий доминирующего органа. Коррекция сопутствующей патологии, должно осуществляться после ликвидации жизнеугрожающих повреждений и стабилизации показателей центральной гемодинамики.
3. В качестве окончательного метода диагностики и дифференциальной диагностики женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости, рекомендуется видеолапароскопия.
4. С целью профилактики послеоперационных осложнений лапароскопических вмешательств у женщин неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости, рекомендуется применение разработанных способов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айени, Д.О. Эндотелиальная дисфункция в генезе ранних репродуктивных потерь: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.02 / Айени Даниель Олусола. - М., 2012. - 116 с.
2. Алимова, О.А. Клинико-морфологическая характеристика хронического эндометрита различной этиологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Алимова Ольга Александровна. - Челябинск, 2011. - 26 с.
3. Анализ причин неразвивающейся беременности / А.Р. Абажилова, Л.В. Дикарева, О.Г. Тишкова, С.Е. Глазова // Новые задачи современной медицины: материалы междунар. науч. конф. - Пермь, 2012. - С. 52-57.
4. Анализ показателей цитокинов при лечении кистозных доброкачественных опухолей яичников / О. В. Мурашко, О. К. Доронина, Ю. И. Ярец, Н. И. Шевченко // Мед.-биол. проблемы жизнедеятельности. – 2016. – № 2. – С. 78-84.
5. Архипова М.П., Хамошина М.Б., Чотчаева А.И. и др. Репродуктивный потенциал России: статистика, проблемы, перспективы улучшения. Доктор Ру. – 2013. - №1 (79). – С.70-4.
6. Ахметов, Х.Б. Морфологические критерии диагностики хронического эндометрита / Х.Б. Ахметов // Вестн. КазНМУ. - 2012. - №1. - С. 1-4.
7. Багненко, С.Ф. Нормативно-правовое регулирование оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе: обзор / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, Р.Р. Алимов, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут // Скорая мед. помощь. – 2013. – Т. 14, вып. 1. – С. 19-24.
8. Багненко С.Ф. Современное состояние службы скорой медицинской помощи в Российской Федерации / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллин, Н.В. Разумный, И.М. Барсукова, Р.Р. Алимов // Скорая медицинская помощь: нац. рук. / под. ред. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия,

А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллин. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2015. – С. 31-35.

9. Базина, М.И. Предгравидарная подготовка женщин при репродуктивных неудачах: дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01. / Базина Марина Ивановна. - М., 2016. - 305 с.

10. Баисова, Б.И. Гинекология: учебник / Б.И. Баисова, Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 432 с.

11. Баишева, Г.М. Анализ госпитализации больных в стационар крупной многопрофильной больницы / Г.М. Баишева // Мед. вестн. Башкортостана. – 2012. – Т. 7, №6. – С. 42-44.

12. Баишева, Г.М. Анализ причин отказов в госпитализации пациентов, обратившихся в стационар крупной городской больницы / Г.М. Баишева // Мед. вестн. Башкортостана. – 2012. – Т.7, №6. – С. 45-48.

13. Байгазаков А.Т. Перспективы применения эндовидеохирургических технологий в лечении сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний / А.Т. Байгазаков // Вестник КРСУ. – 2015. - №7, т.15. – С.21-23.

14. Байрамов, Н.Ю. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении сочетанной гинекологической и хирургической патологии / Н.Ю. Байрамов, А.С. Гадирова // Эндоскоп. хирургия. – 2009. – № 5. – С. 17-20.

15. Баулин, А.В. Динамика экстренной абдоминальной хирургической патологии за 28 лет / А.В. Баулин, М.М. Беренштам, О.Б. Лутина, А.В. Перевертов, Д.М. Биколь // Изв. высш. учеб. заведений. Поволж. регион. Мед. науки. – 2010. – №1. – С. 87-98.

16. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Долинский А.К. Опыт применения стандартизированной методики лапароскопической миомэктомии / Ж. акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. XI, вып. 4. – С.23-33.

17. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Долинский А.К., Бочоришвили Р.Г. Лапароскопическая гистерэктомия – семилетний опыт // Ж. акушерства и женских болезней. – 2011. - №4. – С.12-19.

18. Брехов Е.И., Савинова Е.Б., Лебедева Е.А. Опыт проведения симультанных лапароскопической холецистэктомии и гинекологических операций // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010. №12. С. 23-26.

19. Буланов М.Н. Ультразвуковая гинекология. Курс лекций в 3 т. Т. 3. М.: Видар, 2011. – 184 с.

20. Буланов, М.Н. Ультразвуковая гинекология: курс лекций / М.Н. Буланов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Ч. 1. - М.: Видар-М, 2012. - С. 398-412.

21. Бурлев В.А. Системные и локальные изменения про- и антиинфламаторной активности у больных с различными стадиями распространения тазовых перитонеальных спаек и бесплодием /М.Н. Бурлев, Н.А.Ильясова, Е.Д. Дубинская // Проблемы репродукции. – 2014. - №1. – С.12-19.

22. Бурменская, О.В. Молекулярно-генетические маркеры иммунного ответа при воспалительных заболеваниях органов женской репродуктивной системы: дис. ... д-ра биол. наук: 03.03.03 / Бурменская Ольга Владимировна. - М., 2014. - 249 с.

23. Валеев, З.Г. Оценка госпитального этапа оказания скорой медицинской помощи больным при досуточной летальности / З.Г. Валеев, В.Г. Беляков, Л.Я. Салыхова // Казан. мед. журнал. – 2013. – Т. 94, №3. – С. 111-114.

24. Волкова, Е.Ю. Предгравидарная подготовка женщин с нарушением репродуктивной функции и «тонким» эндометрием: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Волкова Екатерина Юрьевна. - М., 2014. - 22 с.

25. Галимов О.В. Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий / О.В. Галимов, Д.М. Зиганшин, С.Р. Туйсин и др. // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - №3. - С. 25-28.

26. Гинекология: национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова и др. 2-е изд., перераб и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 432 с.

27. Гуриев Т.Д., Сидорова И.С., Унанян А.Л. Сочетание миомы матки и аденомиоза. М: МИА. – 2012,- С. 256.

28. Гюльмамедов Ф.И. Симультантные лапароскопические операции на передней брюшной стенке, органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза / Ф.И. Гюльмамедов, Н.М. Енгенов, А.П. Кухто и др. // Украинский журнал хирургии. - 2011. - №3 (12). - С.123-125.

29. Давыдов А.И., Панкратов В.В., Ягудаева И.П. Восстановительное лечение после органосберегающих операций у больных подслизистой миомой матки и аденомиозом // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. -2011. – №10 (6). – С. 13-21.

30. Давыдова, А.А. Краткий обзор иммуногистохимических маркеров в современной диагностике хронического эндометрита / А.А. Давыдова, А.Н. Сулима, Г.В. Загоруйко // Научно-методический электронный журнал «Концепт». - 2017. - Т. 42. - С. 137-140. - [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://e-koncept.ru/2017/771393.htm>.

31. Данусевич, И.Н. Основные маркеры дисрегуляции иммунной, эндокринной систем и свободнорадикального окисления липидов у женщин с репродуктивными нарушениями, ассоциированными с хроническим воспалением эндометрия: дис. ... д-ра мед. наук: 14.03.03 / Данусевич Ирина Николаевна. Иркутск, 2014. - 205 с.

32. Данусевич, И.Н. Факторы риска развития хронического эндометрита у женщин с репродуктивными потерями / И.Н. Данусевич // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. - 2013. - № 4 (92). - С. 111-114.

33. Долинский А.К. Эффективность лечения бесплодия при выполнении миомэктомии различными хирургическими доступами, автореф. дис. к.м.н., СПб. – 2013. – С.23.

34. Дюжева Е.В., Коган Е.А., Калинина Е.А., Кузьмичев Л.Н. «Принципы индивидуальной гормональной подготовки эндометрия у пациенток с неэффективными попытками ЭКО»// Акушерство и гинекология. – 2011. – №7. – С. 6-11.

35. Есина, Е.В. Роль иммунных взаимодействий в развитии бесплодия: обзор литературы / Е.В. Есина, Н.Ю. Логина, О.С. Аляутдинова // Рус. мед. журн. - 2013. - Т.21, №1. - С. 44-48.

36. Женское здоровье. Руководство для врачей первичного звена. Под ред. А. Конолли, А. Бриттон. Пер. с англ. под общей ред. В.Н.Прилепской. М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 302 с.

37. Захаренко А.А. Острая абдоминальная боль / А.А. Захаренко, Р.И. Миннуллин, П.А. Ярцев // Скорая медицинская помощь: нац. рук. / под. ред. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллин. – М.: ГОЭТАР Медиа, 2015. – С.310-316.

38. Зайратьянц О.В. РАЕС (Progesterone receptor modulator Associated Endometrial Changes). Изменения эндометрия, ассоциированные с модулятором рецепторов прогестерона. Новый вид обратимых морфологических изменений эндометрия при терапии лейомиом матки препаратом Эсмия® (улипристала ацетат, фармацевтическая компания «Гедеон Рихтер»). Руководство для врачей-патологоанатомов и акушеров-гинекологов. – М., 2013. -С. 30.

39. Зароченцева Н.В., Аршакян А.К., Меньшикова Н.С. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (обзор литературы). Гинекология. – 2013. - №15 (4). – Р.65-9.

40. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2011 г. – СПб.: НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 2012. – 14 с.

41. Капреев, С.А. Особенности соматического статуса микробиоты у пациенток с привычным невынашиванием беременности: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.04, 14.01.01 / Капреев Станислав Анатольевич. - СПб., 2017. - 184 с.

42. Караваев Ю.Е., Аскольская С.И., Коган Е.А., Арсланян К.Н., Бурыкина П.Н. Прогностические критерии рецидива лейомиомы матки после

реконструктивнопластических операций //Акушерство и гинекология – 2013-№5. – С. 54-57.

43. Киселев С.И. Гистерэктомия (исторический экскурс) Онкогинекология. - 2012. - №1. - С.5-17.

44. Кисель, Е. И.Современные возможности состояния эндометрия при хроническом эндометрите (обзор литературы) / Е.И. Кисель // Междунар. журн. прикладн. и фундаментальн. исследований. - 2016. - № 4, Ч. 4. - С. 698–702. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.applied-research.ru/ru/article/view?id=9057>.

45. Кистозные доброкачественные опухоли яичников у женщин: особенности клинической картины и лабораторных показателей генитального тракта / О.В. Мурашко, Ю.И. Ярец, О.К. Кулага, Н.И. Шевченко // Мед. панорама. – 2014. – № 6. – С. 12-16.

46. Клинико-морфологическое обоснование предгравидарной подготовки у пациенток с хроническим эндометритом / И.Б. Манухин, Л.Г. Гогсадзе, И.Г. Гогсадзе, Ю.М. Пономарева // Лечащий врач. - 2014. - №6. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2014/06/15435994/>.

47. Ковалык В.П. Хламидийная инфекция в гинекологии: современные тренды патогенеза, диагностики и лечения. Гинекология. - 2013. - №15 (2). - С. 42-7.

48. Коган И.Ю., Беженарь В.Ф., Долинский А.К., Чмаро М.Г. Эффективность вспомогательных методов репродукции у больных с миомой матки // Ж. Акушерства и женских болезней-2012. - №4,- С.113-118.

49. Козлов Р.С. Проблема антибиотикорезистентности в акушерстве и гинекологии. РМЖ. – 2014. - №1. – С.79-82.

50. Колмык В.А. Клинико-морфологическая характеристика хронического эндометрита у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом / В.А. Колмык: дисс.... канд. мед. наук – Санкт-Петербург, 2019. – 142 с.

51. Костин, И.Н. Микробиом человека: наш второй геном. Значение и результаты международного исследовательского проекта «Микробиом человека» / И.Н. Костин, Л.Ю. Куванкина, Х.Ю. Симоновская // Status Praesens. - 2013. - Т.16, №5. - С.9-15.

52. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года", утвержденная Распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р (ред. от 08.08.2009) [электронный ресурс]. – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_90601/?frame=1 (Дата обращения 10.11.2014).

53. Кулаков, В.И. Гинекология: национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Манухина, Г.М. Савельевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1088 с.

54. Лебедев В. А., Давыдов А.И., Пашков В. М. Спорные и нерешенные вопросы лечения и профилактики миомы матки у больных репродуктивно го периода. //Трудный пациент. – 2013. – №8-9. – С.14-19.

55. Лицова, А.О. Роль естественных киллеров в патогенезе быстрого роста миомы матки, влияние агонистов гонадотропных рилизинг-гормонов на их содержание и функциональное состояние: автореф. дис. канд. мед. наук. – Иваново. – 2013. – С.24.

56. Литвинова, Е.В. Оптимизация тактики ведения больных с острыми гинекологическими заболеваниями / Е.В. Литвинова, И.Ю. Ковчужная, Р.Б. Балтер, В.И. Попкова // Тольяттин. мед. консилиум. – 2011. – № 1/2. – С. 63-68.

57. Лызикова Ю.А. Микробиологический состав половых путей и эндометрия: значение в развитии патологии / Ю.А. Лызикова // Охрана материнства и детства. – 2017. - №1 (29). – С.19-22.

58. Мартынова А.Е., Смольникова В.Ю., Демура Т.А., Коган Е.А. Эффективность программы ЭКО у женщин с миомой матки в зависимости от морфофункционального состояния эндометрия. // Акушерство и гинекология. – 2013. - №2. - С.57-61.

59. Миннуллин, Р.И. Анализ традиционной диагностической тактики при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и малого таза у женщин репродуктивного возраста на догоспитальном и стационарном этапах / Р.И. Миннуллин, Н.Н. Рухляда, А.Г. Мирошниченко, И.А. Соловьев, Р.Р. Алимов // Скорая мед. помощь. – 2014. – Т. 15, вып. 3. – С.51-55.

60. Мирошниченко, А.Г. Отношение некоторых статей закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» к настоящему и будущему скорой медицинской помощи / А.Г. Мирошниченко // Скорая мед.помощь, 2012. – Т. 13, вып. 1. – С.4-12.

61. Мирошниченко, А.Г. Решение задач государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за счет реорганизации госпитального этапа СМП / А.Г. Мирошниченко, С.Ф. Багненко, В.Е. Парфенов, Р.Р. Алимов, В.В. Стожаров, Ю.П. Линец, И.П. Миннуллин, И.М. Барсукова, Н.В. Разумный // Вестн. Сев.-Зап. гос. мед. ун. им. И.И. Мечникова. – 2013. – Т.5, №3. – С. 112-116.

62. Михайлова, Ю.В. Динамика объемов и структуры госпитализации по экстренным показаниям в хирургические стационары Ставропольского края при заболеваниях органов пищеварения / Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, К.А. Муравьев // Казан. мед. журн. – 2012. – Т. 93, №. 1. – С. 134-138.

63. Мурашко О.В. Роль воспаления в патогенезе кистозных доброкачественных опухолей яичников у женщин репродуктивного возраста: автореф. ... канд. мед. наук: 14.01.01 / Мурашко Оксана Викторовна. – Минск, 2018. – 24 с.

64. Мурашко, О.В. Эндокринные расстройства у женщин репродуктивного возраста с доброкачественными кистозными опухолями яичников / О.В. Мурашко, О.К. Кулага // Мед.-биол. проблемы жизнедеятельности. – 2014. – № 1. – С. 82-89.

65. Мурашко, О.В. Роль воспаления при кистозных доброкачественных опухолях яичников / О. В. Мурашко, О. К. Кулага // Мед.-биол. проблемы жизнедеятельности. – 2012. – № 2. – С. 6-13.

66. Национальное руководство. Гинекология. Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2011. - С.1088.

67. Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии” / гл. ред. серии С.К. Терновой. Глава: Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии: Национальное руководство / гл. ред. тома Л.В. Адамян, В.Н. Демидов, А.И. Гус, И.С. Обельчак. – М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2012. - С.656.

68. Национальное руководство по медицинской генетике. Гл. Генетика раннего эмбрионального развития человека. Баранов В.С., Кузнецова Т.В. – М. -ГЭОТАР – Медиа. - 2012. - С.81-126.

69. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое рук. / под ред. В.Н. Серова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 254 с.

70. Новиков, Е.И. Акушерско-гинекологическая помощь на догоспитальном этапе: пособие для врачей / Е.И.Новиков, Н.Н. Рухляда, А.Г. Мирошниченко, Л.Ш. Горбакова, Р.И. Миннуллин, А.В. Осипов, К.А. Гомон, Е.И. Сурминов: – СПб.: НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, – 2013. – 36 с.

71. Новые подходы к оценке эндометриальной дисфункции / Э.К. Айламазян, Г.Х. Толибова, Т.Г. Траль [и др.] // Журн. акушерства и женск. болезней. - 2017. - Т.66, №3. - С. 8-15.

72. Озеров, В.Ф. Анализ летальности при остром аппендиците / В.Ф. Озеров, В.А. Негрей // Скорая мед. помощь. 2004. – Т. 5, вып. 3. – С. 44-45.

61. Острая абдоминальная патология: пер. с англ. / под ред. Д. Клайна, Л. Стеда. – М.: БИНОМ. Лаб. знаний, 2011. – 293 с.

73. Оперативная гинекология (2-е издание, переработанное) Красно-польский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А. – Москва, Изд-во МЕДпресс -информ. - 2013. - С.320.

74. Определение активности миелопероксидазы у женщин с кистозными доброкачественными опухолями яичников / О.В. Мурашко, О.К. Кулага, И.В. Горудко, Д.В. Григорьева, О.В. Бичан // Мед.журн. – 2014. – № 1. – С. 94-96.

75. Парфенов, В.Е. Научно обоснованный расчет коек стационарного отделения СМП / В.Е. Парфенов, С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, Р.Р. Алимов, Е.Н. Пенюгина, В.В. Стожаров, Ю.П. Линец, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, Д.Л. Корбут, А.В. Зайцев, Н.В. Разумный, М.Ф. Магадиев // Скорая мед. помощь. – 2013. – Т. 14, вып. 2. – С. 72-77.

76. Петров, Ю.А. Роль микробного фактора в генезе хронического эндометрита / Ю.А. Петров // Кубанск. науч. мед. вестн. - 2016. - №3. - С.113–118.

77. Пестрикова Т.Ю. Воспалительные заболевания органов малого таза: современные тренды диагностики и терапии (обзор литературы). Гинекология. – 2018. - №6, т.20. – С.35-41.

78. Пискунов, В.Н. Возможности ультразвукового исследования в диагностике различных форм острого аппендицита и его осложнений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.13 / Пискунов Виталий Николаевич. – Томск, 2010. – 25 с.

79. Постановление главного государственного санитарного врача Российской Федерации об утверждении СП 2.6.1.2612-10 "Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (оспорб-99/2010)" от 26 апреля 2010 г. №40/ Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; Гл. гос. сан. Врач РФ Г. Онищенко. – М.: Б.и., 2010. – 43с.

80. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.Medsovet.info/health/dep4/4432/> (дата обращения 10.10.2014).

81. Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости / Ассоциация хирургов Санкт-Петербурга, СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. – СПб.: НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 2007. – 58 с. 67. Ридигер, Людвик // [Электронный

ресурс] Википедия. – URL:<http://ru.wikipedia.org/?oldid=65757337> (дата обращения: 24.09.2014).

82. Рухляда Н.Н. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии /Н.Н. Рухляда // Скорая медицинская помощь: нац. рук. / под. ред. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутя, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллин. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2015. – С. 690-721.

83. Рязанское командное училище ВДВ впервые выпустило девушекофицеров [электронный ресурс] // Lenta.ru: интернет-газета. М., 2009. – URL: <http://www/lenta.ru/news/2013/06/24/vdv/> (дата обращения 24.06.2013).

84. Серов В.Н., Дубницкая Л.В., Тютюник В.Л. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения. РМЖ. – 2011. - №19 (395). – С.46–50.

85. Сидорова И.С. и др. Состояние шейки матки при сочетанной патологии матки (миома матки, аденомиоз, гиперплазия эндометрия) // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2012. - №3. - С.55-57.

86. Слабый вооруженный пол: женщины в армиях мира [электронный ресурс] //ТАСС - информационное агентство России. Международная панорама. М., - URL: <http://itar-tass.com/mezhdunarodnaya-panorama/1507558> (дата обращения 14.10.2014).

87. Соснин, Д.Ю. Новые подходы в лабораторной диагностике при хирургических заболеваниях органов брюшной полости: дис. ... д-ра мед. наук: 14.03.10 / Соснин Дмитрий Юрьевич. – СПб., 2011. – 233 с.

88. Стожаров, В.В. Современные проблемы организации экстренной госпитализации больных в стационары Санкт-Петербурга / В.В. Стожаров, Е.Н. Пенюгина, Н.В. Разумный, А.А. Берозашвили, П.Ю. Старостин // Скорая мед. помощь. – 2013. – Т. 14, вып. 1. – С. 28-33.

89. Стрижелецкий, В.В. Экономическая эффективность симультанных операций в хирургии и гинекологии / В.В. Стрижелецкий, Г.М. Рутенбург // Моск. хирург. журн.– 2008. – № 1. – С. 26–30.

90. Тастайбекова, С.С. Острый живот в гинекологии / С.С. Тастайбекова, Ф.Н. Байжуманова, Т.П. Занилова, В.А. Васильева, К.М. Маткаримова // Актуал. вопр. формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – 2011. – №2. – С. 78-80.

91. Трухачева, Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н.В. Трухачева. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2013. - 384 с.

92. Унанян А.Л. Хронический эндометрит: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Роль антифиброзирующей терапии / Унанян А.Л., Ю.М. Коссович// Лечащий врач. – 2012. – т.11. – С.35-40.

93. Улумбекова Г.Э. Аналитическая справка. Об обеспеченности коечным фондом в РФ в среднем, Москве, странах ЕС и Германии и время ожидания пациентами медицинской помощи / Г.Э. Улумбекова. – М.: Литтера, 2014. – 44 с.

94. Федеральный закон Российской Федерации №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [электронный ресурс] – URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=177652;div=LAW;dst=100003,1;rnd=0.09943430333947645> (дата обращения 11.01.2015).

95. Хашукоева, А.З. Неотложные состояния в гинекологии / А.З. Хашукоева, З.З. Хашукоева // Врач скорой помощи. – 2009. – №5. – С. 12-15.

96. Хубулава, Г.Г. К истории российской флебологии: А.А. Троянов / Г.Г. Хубулава, Е.В. Шайдаков, А.Б. Сазонов // Флебология. – 2010. – № 4. – С. 38-41.

97. Шуршалина А.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: современная тактика терапии. Гинекология. – 2011. - №13 (5). – С.23-6.

98. Юрасов И.В. Современные аспекты тактики при воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград, 2015. – 42 с.

99. Adgeboeva, P.A. Relationship between eosinophils and chronic endometritis / P. A. Adgeboeva, Y. Pey, J. McLarty // *Hum. Pathol.* - 2010. - Vol. 41, №1. - P.33-37.

100. Alka Kriplani, Divya Awasthi, Vidushi Kulshrestha, Nutan Agarwal Efficacy of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in uterine leiomyoma // *Int.J. Gynecol.Obstet.* – 2012. - 116(1). - P.35-8.

101. Asch, E. Use of pelvic computed tomography and sonography in women of reproductive age in the emergency department / E. Asch, S. Shah, T. Kang, D. Levine // *J. Ultrasound. Med.* – 2013. – Vol.32, №7. – P. 1181-1187.

102. Ashindoitiang, J.A. The value of plain abdominal radiographs in management of abdominal emergencies in LuthNig / J.A. Ashindoitiang, A.O. Atoyebi, R.A. Arogundade // *Q. J. Hosp. Med.* – 2008. – Vol.18, № 3. – P. 170-174.

103. Bealer, J.F. S100A8/A9: a potential new diagnostic aid for acute appendicitis / J.F. Bealer, M. Colgin // *Acad. Emerg. Med.* – 2010. – Vol. 17, № 3. – P. 333-336.

104. Bhuiya, F.A., Emergency department visits for chest pain and abdominal pain: United States, 1999–2008 / F.A. Bhuiya, S.R. Pitts, L.F. McCaig // *Data Brief.* – 2010. – №43. – P. 1-8.

105. Bignardi, T. Management of women referred to an acute gynecology unit: impact of an ultrasound-based model of care / T. Bignardi, S. Burnet, D. Alhamdan, C. Lu, J. Pardey, R. Benzie, G. Condous // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2010. – Vol. 35, №3. – P. 344-348.

106. Bondi, M. Improving diagnostic accuracy of ultrasonography for suspected acute appendicitis in the combined transabdominal and transvaginal / M. Bondi, R. Miller, A. Zbar, Y. Haran, Z. Appelman, B. Caspi, E. Mabor // *Am. Surg.* – 2012. – Vol.78, №1. – P. 98-103.

107. Bulun SE. Uterine fibroids // *N Engl J Med.* - 2013. - 369(14). - P.1344-55.

108. Cardozo ER, Clark AD, Banks NK, Henne MB, Stegmann BJ, Segars JH. The estimated annual cost of uterine leiomyomata in the United States // *Am J Obstet. Gynecol.* - 2012. - 206(3). – P. 211.1-211.9.

109. Casey A. Unexpected Gynecological Findings during Abdominal Surgery / A. Casey Boyd, S. Taylor Riall // *Curr Probl Surg.* 2012 Apr; 49(4): 195–251.

110. Catherino WH, Parrott E, Segars J. Proceedings from the National Institute of Child Health and Human Development conference on the Uterine Fibroid Research Update Workshop. // *Fertil. Steril.* - 2011. - Vol.95. - P.9-12.

111. Chen PC, Tseng TC, Hsieh JY, Lin HW. Association between stroke and patients with pelvic inflammatory disease. *Stroke.* – 2011. - Vol.42. – P.2074-6.

112. Check, J.H. The importance of sonographic endometrial parameters in influencing success following embryo transfer in the modern era and therapeutic options. Part 1. The importance of late proliferative phase endometrial thickness / J. H. Check // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* - 2011. - Vol.38, №3. - P.197-200.

113. Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization / E.B. Johnston-MacAnanny, J. Hartnett, L. Engmann [et al.] // *Fertil. Steril.* - 2010. - Vol.93, №2. - P.437-441.

114. Chronic endometritis: a combined histopathologic and clinical review of cases from 2002 to 2007 / M. Smith, K.A. Hagerty, B. Skipper, T. Bocklage // *Int. J. Gynecol. Pathol.* - 2010. - Vol.29, №1. - P.44-50.

115. Ciavattini A et al. Uterine Fibroids: Pathogenesis and Interactions with Endometrium and Endomyometrial Junction // *Obstet Gynecol Int.* – 2013. - P. 173-184.

116. Cole, M.A. Evidence-based management of suspected appendicitis in the emergency department / M.A. Cole, N. Maldonado // *Emerg. Med. Pract.* – 2011. – Vol. 13, №10. – P. 1-29.

117. Comprehensive endometrial immunoglobulin subclass analysis in infertile women suffering from repeated implantation failure with or without

chronic endometritis / K. Kitaya, Y. Tada, T. Hayashi [et al.] // *Am. J. Reprod. Immunol.* -2014. - Vol.4, №72. - P.386-391.

118. Critchley H, Broder M, Fraser I; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age // *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* – 2011 - Vol.113(1). – P.3-13.

119. Croxtall J.D. Ulipristal acetate: in uterine fibroids// *Drugs.* – 2012. – Vol.72. - №8. – P.1075-1085.

120. Cytokines and local chronic inflammation in the formation of infertility in fertile age women / O.O. Obukhova [et al.] // *The Siberian Scientific Medical Journal.* – 2019. - №6, Vol. 39. – P.77-83.

121. Donnez J., Tatarchuk T.F., Bouchard P. et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. // *N. Engl. J. Med.* 2012. - 366(5) - P.409-420.

122. Domínguez, L.C Early laparoscopy for the evaluation of nonspecific abdominal pain: a critical appraisal of the evidence / L.C. Domínguez, A Sanabria, V. Vega, C. Osorio // *Surg. Endosc.* – 2011. – Vol. 25, №1. – P. 10-18.

123. Duhan N., Madaan S, Sen J. Role of the aromatase inhibitor letrozole in the management of uterine leiomyomas in premenopausal women. // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* – 2013. – №2, Vol.171. - P.329-332.

124. Duhan N, Sirohriwal D. Uterine myomas revisited. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2010. - Vol.152. - P.119-125.

125. Eder S, Baker J, Gersten J, Mabey RG, Adomako TL. Efficacy and safety of oral tranexamic acid in women with heavy menstrual bleeding and fibroids. // *Womens Health.* – 2013. - №9 (4). - P.397-403.

126. Fernández-Rodríguez, T. Ecografía pancreática / T. Fernández-Rodríguez, A. Segura-Grau, A. Rodríguez-Lorenzo, J.M. Segura-Cabral // *Semergen.* – 2015. – Vol. 41, №3. – P.158-163.

127. Fertility-enhancing hysteroscopic surgery / S. Bettocchi, M. T. Achillarre, O. Ceci, S. Luigi // *Semin. Reprod. Med.* - 2011. - Vol.29, №2. - P.75-82.

128. FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age / M. G. Munro, H. O. Critchley, M. S. Broder, I. S. Fraser // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* - 2011. - Vol.113, №1. - P.3-13.

129. First trimester serum angiogenic/anti-angiogenic status in twin pregnancies: relationship with assisted reproduction technology / O. Sánchez, E. Llurba, G. Marsal [et al.] // *Hum. Reprod.* - 2012. - Vol.27, №5. - P.358-365.

130. Gans, S.L. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain / S.L. Gans, M.A. Pols, J. Stoker, M.A. Boermeester, F.W. Bollen, S.C. Donkervoort, M.H. van der Gaast, R.W. ten Kate, K. Gasthuis, P. Plantinga, J.B. Puylaert // *Dig. Surg.* – 2015. – Vol.32, №1. – P. 23-31.

131. Giraudet G., Lucot J.P. et al. Except fertility, place of myomectomy in perimenopause and after menopause // *Gynecol Obstet Biol Reprod.* -2011. - Vol. 40.- №8 - P.902-917.

132. Golea, A. Role of ultrasonography for acute cholecystic conditions in the emergency room / A. Golea, R. Badea, T. Suteu // *Med. Ultrason.* – 2010. – Vol. 12, №4. – P. 271-279.

133. Granot, I. Endometrial inflammation and effect on implantation improvement and pregnancy outcome / I. Granot, Y. Gnainsky, N. Dekel // *Reproduction.* - 2012. - V. - 144, №6. - P.661-668.

134. Grundmann, R.T. Das akute (chirurgische) Abdomen – Epidemiologie, Diagnostik und allgemeine Prinzipien des Managements / R.T. Grundmann, M. Petersen, H. Lippert, F.Meyer // *Z. Gastroenterol.* – 2010. – Bd. 48, №6. – S.696-706.

135. Güller, U. Negative appendicectomy and perforation rates in patients undergoing laparoscopic surgery for suspected appendicitis / U. Güller, L. Rosella,

J. McCall, L.E. Brügger, D. Candinas // Br. J. Surg. – 2011. – Vol. 98, №4. – P. 589-595.

136. Hart S., Ross S., Rosemurgy A. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy // J. Minim. Invasive Gynecol. 2010. Vol. 17, №6. P.798-801.

137. Heller, D. S. Pathologic basis for abnormal uterine bleeding with organic uterine pathologies / D. S. Heller // Menopause. - 2011. - Vol.18, №4. - P.412-415.

138. Henri Marret, Xavier Fritel, Lobna Ouldamer et al. Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines//European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. - 2012. - Vol.165. - P.156-164.

139. Herzog SA, Heijne JC et al. Describing the progression from Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae to pelvic inflammatory disease: systematic review of mathematical modeling studies. Althaus Sex Transm Dis. – 2012. - Vol.39 (8). – P.628-37.

140. Histopathological features of incidental appendectomy specimens obtained from living liver donors / Sami Akbulut [et all.] // Turk J Gastroenterol. 2020 Mar;31(3):257-263.doi: 10.5152/tjg.2020.19010

141. Hodler, J. Diseases of the abdomen and pelvis 2010-2013: Diagnostic imaging and interventional techniques / J. Hodler, G. Konrad, V. Schulthess, C.L. Zollikofer. – Milan: Springer Science & Business Media, 2010. – 261 p.

142. Horak P., Mara M., Dundr P. et al. Effect of a Selective Progesterone Receptor Modulator on Induction of Apoptosis in Uterine Fibroids In Vivo. International Journal of Endocrinology. – 2012. - Article ID 436174, 6 pages doi: 10.1155/2012/436174.

143. Howell, J.M. American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis / J.M. Howell, O.L. Eddy, T.W. Lukens, M.E.

Thiessen, S.D. Weingart, W.W. Decker // *Ann. Emerg. Med.* – 2010. – Vol. 55, №1. – P. 71-116.

144. Human endometrial stromal cell-trophoblast interactions: mutual stimulation of chemotactic migration and promigratory roles of cell surface molecules CD82 and CEACAM1 / B. Gellersen, A. Wolf, M. Kruse [et al.] // *Biol. Reprod.* - 2013. - Vol. 88, №3. - P.80.

145. Hypoxic stress simultaneously stimulates vascular endothelial growth factor via hypoxia-inducible factor-1 α and inhibits stromal cell-derived factor-1 in human endometrial stromal cells / T. Tsuzuki, H. Okada, H. Cho [et al.] // *Hum. Reprod.* - 2012. - Vol.27, №2. - P.523-530.

146. Islam S., Protic O., S. R. Giannubilo, P.Toti, A. Luigi Tranquilli, F. Petraglia, M. Castellucci, P. Ciarmela Uterine leiomyoma: available medical treatments and new possible therapeutic options.// *J Clin Endocrinol Metab*, 2013-98(3). -P.921-934.

147. Jaiyeoba O, Jaiyeoba O, Lazenby G, Soper DE. Recommendations and rationale for the treatment of pelvic inflammatory disease. *Expert Rev Anti Infect Ther.* – 2011. - №9 (1). – P.61-70.

148. Jaiyeoba O, Soper DE. A practical approach to the diagnosis of pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol.* – 2011. - №7 (5). – P.30-7.

149. Jha, A.K. Radiological techniques in the diagnosis of strangulating small bowel obstruction / A.K. Jha // *J. Nepal. Med. Assoc.* – 2013. – Vol. 52, №190. – P. 420- 426.

150. Jocko, J.A. The role of appendectomy in gynaecologic surgery: a canadian retrospective case series / J.A. Jocko, H. Shenassa, S.S. Singh // *J. Obstet. Gynecol. Can.* – 2013. – Vol. 35, N.1. – P. 44–48.

151. Kaijser, J. Imaging techniques for the pre-surgical diagnosis of adnexal tumours / J. Kaijser, V. Vandecaveye, C.M. Deroose, A. Rockall, I. Thomassin-Naggara, T. Bourne, D. Timmerman // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* – 2014. – Vol. 28, №5. – P. 683-695.

152. Karamanakos, S.N. Laparoscopy in the emergency setting: a retrospective review of 540 patients with acute abdominal pain / S.N. Karamanakos, E. Sdralis, S. Panagiotopoulos, I. Kehagias // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2010. – Vol. 20, №2. – P.119-124.

153. Karul, M. Bildgebung der Appendizitis beim Erwachsenen / M. Karul, C. Berliner, S. Keller, T.Y. Tsui, J. Yamamura // Rofo. – 2014. – Bd. 186, №6. – S. 551- 558.

154. Kitaya, K. Inter-observer and intra-observer variability in immunohistochemical detection of endometrial stromal plasmacytes in chronic endometritis / K. Kitaya, T. Yasuo // Exp. Ther. Med. - 2013. - Vol.5, №2. - P.485-488.

155. Kriplani A, Awasthi D, Kulshrestha V, Agarwal N. Efficacy of the levonorgestrel- releasing intrauterine system in uterine leiomyoma // Int J Gynaecol Obstet. - 2012. – 116(1) - P.35-38.

156. Kruszka, P.S. Evaluation of acute pelvic pain in women / P.S. Kruszka, S.J. Kruszka // Am. Fam. Physician. – 2010. – Vol. 82, №2. – P. 141-147.

157. Kurygin A.A., Semenov V.V. Social and economic aspects of simultaneous operations on abdominal organs. Grekov's Bulletin of Surgery. 2016;175(3):100-105. (In Russ.) [https://doi.org/ 10.24884/ 0042-4625-2016-175-3-100-105](https://doi.org/10.24884/0042-4625-2016-175-3-100-105)

158. Laparoscopic incidental appendectomy during laparoscopic surgery for ovarian endometrioma / Jung Hun Lee [et all.] // Am J Obstet Gynecol. 2011 Jan;204(1):28.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog. 2010.08.042

159. Lin HW, Tu YY, Lin SY. Risk of ovarian cancer in women with pelvic inflammatory disease: a population-based study. Lancet Oncol. – 2011. - №12 (9). – P.900-4.

160. Lukes AS, Freeman EW, Van Drie D, Baker J, Adomako TL. Safety of tranexamic acid in women with heavy menstrual bleeding: an open-label extension study // Womens Health (LondEngl). – 2011. - №7(5). - P.591-8.

161. Mamet H., Fritel X., Ouldamer L. CNGOF (French College of Gynecology and Obstetrics). Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines // *Eur J Obstet. Gynecol. Reprod Biol.* – 2012 – Dec. – 165(2). – P.156-64.

162. Masselli, G. Female pelvic imaging subcommittee. Acute abdominal and pelvic pain in pregnancy: ESUR recommendations / G. Masselli, L. Derchi, J. McHugo, A. Rockall, P. Vock, M. Weston, J. Spencer // *Eur. Radiol.* – 2013. – Vol. 23, №12. – P. 3485-3500.

163. Muse K., Lukes AS., Gersten J., Waldbaum A. et al. Long-term valuation of safety and health-related quality of life in women with heavy menstrual bleeding treated with oral tranexamic acid. // *Womens Health (LondEngl).* – 2011 - №7(6). -P.699-707.

164. Mutter, G.L. Pathology of the Female Reproductive Tract. Third Edition. / G.L. Mutter, J. Prat. - UK: Churchill Livingstone, 2014. - P.326-348.

165. Murat Naki M., Tekcan C., Ozcan N. Levonorgestrelreleasing intrauterine device insertion ameliorates leiomyoma-dependent menorrhagia among women of reproductive age without a significant regression in the uterine and leiomyoma volumes // *FertilSteril.* – 2010. - Vol.94. - P.371-374.

166. Navarro Fernández, A. Validez de las pruebas diagnosticas realizadas a pacientes con dolor abdominal agudo en un servicio de urgencias hospitalario / J.A. Navarro Fernández, P.J. Tárraga López, J.A. Rodríguez Montes, M.A. López Cara // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* – 2009. – Vol. 101, №9. – P.610-618.

167. Ninnala Duhan. Current and emerging treatments for uterine myoma – an update. // *Int J Womens Health.* – 2011. - №3. - P. 231-241.

168. Nguyen, L.K. Low-dose computed tomography versus plain abdominal radiography in the investigation of an acute abdomen / L.K. Nguyen, D.D. Wong, D.M. Fatovich, J.M. Yeung, J. Persaud, C.J. Wood, D. de Vos, R.M. Mendelson // *ANZ J. Surg.* – 2012. – Vol. 82, № 1/2. – P. 36-41.

169. Oxidative Stress, Prooxidants, and Antioxidants: The Interplay / Anu Rahal, Amit Kumar, Vivek Singh et al.// Hindawi Publishing Corporation BioMed

Research International Volume 2014, Article ID 761264, 19 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/761264>

170. Platon, A. Evaluation of low-dose protocol al CT with oral contrast for the evaluation of acute appendicitis / A. Platon, H. Jlassi, O.T. Rutschmann, C.D. Becker, F.R. Verdun, Z.P. Leri, P.A. Polleti // Eur. Radiol. – 2009. – Vol. 19, №2. – P. 446-454.

171. Prevalence of chronic endometritis in repeated unexplained implantation failure and the IVF success rate after antibiotic therapy / E. Cicinelli, J. C. Hauth, S. P. Cliver [et al.] // Hum. Reprod. - 2015. - Vol.30, №2. - P.323-330.

172. Radosa M.P., Winzer H. et al. Laparoscopic myomectomy in peri- and post-menopausal women is safe, efficacious and associated with long-term patient satisfaction // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. – 2012. – Vol.162-N 2. – P. 192 – 196.

173. Sabry M., Al-Hendy A., Schwartz L.B. et al. Innovative oral treatments of uterine leiomyoma // Obstetrics and Gynecology International Volume. – 2012:943635. doi: 10.1155/2012/943635.

174. Sayasneh A. Accuracy of ultrasonography performed by examiners with varied training and experience in predicting specific pathology of adnexal masses. / A. Sayasneh, J. Kaijser, J. Preisler, A.A. Smith, F. Raslan, S. Johnson, R. Husicka, L. Ferrara, C. Stalder, S. Ghaem-Maghani, D. Timmerman, T. Bourne // Ultrasound. Obstet. Gynecol. – 2015. – Vol. 45, №5. – P. 605-612.

175. Schellekens, D.H. Evaluation of the diagnostic accuracy of plasma markers for early diagnosis in patients suspected for acute appendicitis / D.H. Schellekens, K.W. Hulsewé, B.A. Van Acker, A.A. Van Bijnen, T.M. Jaegere de, S.H. Sastrowijoto, W.A. Buurman, J.P. Derikx / Acad. Emerg. Med. – 2013. – Vol. 20, №7. – P. 703-710.

176. Seetahal, S.A. Negative appendectomy: a 10-year review of a nationally representative sample / S.A. Seetahal, O.B. Bolorunduro, T.C. Sookdeo // Am. J. Surg. – 2011. – Vol. 201, №4. – P. 433–437.

177. Seo, H. Diagnosis of acute appendicitis with sliding plate-ray interpretation amounts of low-dose CT naked and standard doses of intravenous contrast enhanced CT / H. Seo, K.H. Lee, H.J. Kim, K. Kim, S.B. Kang, S.Y. Kim, Y.H. Kim // Am. J. Roentgenol. – 2009. – Vol. 193, №1. – P. 96-105.

178. Sharma, P. Comparative study between plain radiography and ultrasound abdomen in non-traumatic surgical acute abdominal conditions / P. Sharma, Sidharth, B.P. Singh, D. Singh, A. Gupta // NJR. – 2012. – Vol. 2, № 2/3. – P. 20-27.

179. Shih TY, Gaydos CA, Rothman RE. Poor Provider Adherence to the Centers for Disease Control and Prevention Treatment Guidelines in US Emergency Department Visits With a Diagnosis of Pelvic Inflammatory Disease. Sex Trans Dis. – 2011. - Vol.38 (4). – P.299-305.

180. Smith, J.E. The use of plain abdominal x rays in the emergency department / J.E. Smith, E.J. Hall // Emerg. Med. J. – 2009. – Vol. 26, №3. – P.160-163.

181. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol. – 2010. - Vol.116 (6). – P.1459–60.

182. Stoker, J. Imaging patients with acute abdominal pain / J. Stoker, A. Van Randen, W. Laméris, M.A. Boermeester // Radiology. – 2009. – Vol. 253, №1. – P. 31- 46.

183. Teamma, M.S. Evaluation of laparoscopy in the management of abdominal emergencies /M.S. Teamma // J. Arab. Soc. Med. Res. – 2013. –№8. – P.19–25.

184. The American College of Radiology (ACR). ACR practical guidance for performing magnetic resonance imaging (MRI) of the abdomen (except liver) // American College of Radiology. Res. 16 – 2010, Amended 2014 (Res. 39) [Online edition] – URL: <http://www.acr.org/Quality-Safety/Standards-Guidelines/Practice-Guidelines-by-Modality/MRI> (дата обращения 10. 11.2014).

185. The expression of cyclooxygenase-2 and vascular endothelial growth factor in the endometrium during the peri-implantation period in women with and

without polyps / Y. Xiao, X. Peng, N. Ma [et al.] // Hum. Fertil. (Camb). - 2014. - Vol. 17, № 1. - P.67-71.

186. The immunological basis of villitis of unknown etiology— review / J. A. Tamblyn, D. M. Lissauer, R. Powell [et al.] // Placenta. - 2013. - Vol.34, №10. - P. 846-855.

187. The Role of Appendectomy in Gynaecologic Surgery: A Canadian Retrospective Case Series / Jennifer A. [et al.] // J Obstet Gynaecol Can 2013;35(1):44-48.

188. The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections / Massimo Sartelli, Alain Chichom-Mefire, Francesco M. Labricciosa, Timothy Hardcastle [et al.]// World J Emerg Surg. 2017;12:36.

189. Toret-Labeeuw, F. Routine ultrasound examination by OB/GYN residents increase the accuracy of diagnosis for emergency surgery in gynecology / F. ToretLabeeuw, C. Huchon, T. Popowski, A.A. Chantry, A. Dumont, A. Fauconnier // World J. Emerg. Surg. – 2013. – Vol. 8, №1. – P. 8-16.

190. Trentzsch, H. Der akute Abdominalschmerz in der notfallambulanz ein klinischer Algorithmus für den erwachsenen Patienten / H. Trentzsch, J. Werner, K.-W. Jauch // Zentralbl. Chir. – 2011. – Bd. 136, №2. – S. 118-128.

191. Unusual inflammation in gynecologic pathology associated with defective endometrial receptivity / K. Kitaya, T. Yasuo, Y. Tada [et al.] // Histol. Histopathol. - 2014. - Vol.29, №9. - P.1113-1127.

192. Uterine natural killer cells initiate spiral artery remodeling in human pregnancy / A. Robson, L. K. Harris, B. A. Innes [et al.] // Faseb. J. - 2012. - Vol. 26, №12. - P.4876-4885.

193. Uterine NK Cells Regulate Endometrial Bleeding in Women and Are Suppressed by the Progesterone Receptor Modulator Asoprisnil / J. Wilkens, V. Male, P. Ghazal [et al.] // J. Immunol. - 2013. - Vol.191, №5. - P.2226-2235.

194. Uwaezuoke S., Udoye E., Etebu E. Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis: a case report and literature review // *Ethiop. J. Health Sci.* 2013. Vol. 23, №1. P.69-72.
195. Xu Q, Qiu L, Zhu L, Luo L, Xu C. Levonorgestrel inhibits proliferation and induces apoptosis in uterine leiomyoma cells. *Contraception.* – 2010. - Vol.82. - P.301-308.
196. Yoshida S., Ohara N., Xu Q. et al. Cell-type specific actions of progesterone receptor modulators in the regulation of uterine leiomyoma growth // *Semin Reprod Med.* – 2010. - №3, Vol. 28. - P.260-273.
197. Yitta, S. Pelvic ultrasound immediately following MDCT in female patients with abdominal/pelvic pain: is it always necessary? / S. Yitta, E.V. Mausner, A. Kim, D. Kim, J.S. Babb, E.M. Hecht, G.L. Bennett // *Emerg. Radiol.* – 2011. – Vol.18, №5. – P. 371-380.
198. Yi Q.H. Evaluation of the clinical value of simultaneous hysterectomy and bilateral salpingectomy in perimenopausal women // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* - 2012. - Vol. 47, №2. - P.110-114.
199. Zaraq Khan, Elizabeth A., Stewart. *Benign Uterine Diseases.* Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology (Seventh Edition). - 2014. - P.586-603.